

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**Sociální pomoc osobám s bipolární poruchou**

**Social help for people with bipolar disorder**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Autor:

PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Tereza Kolářová

Praha 2018

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí své bakalářské práce PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za cenné rady a připomínky při vedení mé práce. Také bych chtěla poděkovat mému příteli a rodině za podporu při psaní této práce.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální pomoc osobám s bipolární poruchou“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 3. 5. 2018

Tereza Kolářová

## **Anotace**

Tato bakalářská práce je zaměřena na možnosti sociální pomoci osobám s bipolární poruchou. Předkládá informace o tomto závažném duševním onemocnění, o jeho projevech a příčinách vzniku. Dále se zabývá dopadem onemocnění na okolí pacienta a uvádí možnosti léčby. Práce pojednává o možnostech pomoci, sociálních službách pro nemocné bipolární poruchou a přístupu k nemocnému. V praktické části práce jsou uvedeny kazuistiky osob trpící bipolární poruchou a návrhy řešení jejich obtíží v rámci sociální práce.

## **Annotation**

This bachelor work refers to the possibilities of social help to people with bipolar disorder. It provides the information about this difficult psychological illness, about its symptoms and its causes of origin. Hereafter, it refers to the impact of the disorder on the patient's surroundings and indicates the possibilities of the treatment. This thesis deals with the possibilities of helping, social services for the diseased people by this disorder and an approach to the disorder. In the practical part there are listed case reports of the people suffering by bipolar disorder and suggestions of solutions of their difficulties within social work.

## **Klíčová slova**

bipolární porucha, projevy bipolární poruchy, mánie, deprese, léčba, sociální pomoc, sociální služby

## **Keywords**

bipolar disorder, symptoms of bipolar disorder, mania, depression, therapy, social help, social services

# Obsah

<b>OBSAH .....</b>	<b>5</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>6</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1. BIPOLÁRNÍ PORUCHA.....</b>	<b>8</b>
1.1. POČÁTKY A PŘÍČINY NEMOCI .....	9
1.2. TYPY BIPOLÁRNÍ PORUCHY .....	12
1.3. PROJEVY BIPOLÁRNÍ PORUCHY .....	12
1.3.1. <i>Mánie</i> .....	13
1.3.2. <i>Deprese</i> .....	18
1.3.3. <i>Relaps</i> .....	23
1.4. MÁNIE A ADHD .....	25
1.5. DOPAD BIPOLÁRNÍ PORUCHY NA OKOLÍ PACIENTA (RODINA, PARTNEŘI).....	26
1.6. SUICIDALITA U BIPOLÁRNÍ PORUCHY .....	28
1.7. LÉČBA.....	30
1.7.1. <i>Farmakologická léčba</i> .....	31
1.7.2. <i>Biologická léčba</i> .....	32
1.7.3. <i>Psychoterapeutická léčba</i> .....	32
<b>2. SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTEM S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU .....</b>	<b>35</b>
2.1. MOŽNOSTI POMOCI .....	36
2.2. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S BIPOLÁRNÍ PORUCHOU .....	38
2.2.1. <i>Organizace věnující se osobám s bipolární poruchou</i> .....	40
2.3. SOCIÁLNÍ A EKONOMICKÉ DŮSLEDKY BIPOLÁRNÍ PORUCHY .....	41
2.4. PŘÍSTUP K NEMOCNÉMU .....	42
<b>3. KAZUISTIKY .....</b>	<b>44</b>
3.1. KAZUISTIKA Č. 1 .....	44
3.2. KAZUISTIKA Č. 2 .....	47
3.3. KAZUISTIKA Č. 3 .....	50
3.4. SHRNTÍ KAZUISTIK A INTERPRETACE .....	51
3.5. DISKUZE .....	53
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>57</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>59</b>

## Seznam zkratk

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BAP	Bipolární afektivní porucha
BP	Bipolární porucha
EKT	Elektrokonvulzivní terapie
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
o. p.s.	Obecně prospěšná společnost
o. s.	Občanské sdružení
WHO	World Health Organization
z. s.	Zapsaný spolek

## Úvod

Bipolární porucha je závažné onemocnění, které zasahuje člověka ve všech směrech. Narušuje jeho prožívání, příjem podnětů z okolí, možnosti rozhodování. Výrazně porušuje jeho vztahy s rodinou, s přáteli, s pracovními kolegy. Nemocný bipolární poruchou má nelehký život a je důležité mu pomoci v jeho boji s nemocí různými způsoby.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož bipolární poruchou trpí již mnoho let můj tatínek. Dopad onemocnění zažívám jako rodina a dívám se na něj i očima budoucího sociálního pracovníka. Proto dokáži posoudit, zda informace které získávám z literatury, jsou přesné a mohu si je srovnávat s případem mého tatínka. Při výběru téma práce, jsem přemýšlela o tom, že mnoho lidí nemoc bipolární poruchu nezná. Proto jsem se také na toto téma zaměřila. Zajímalo mne, i jaké jsou možnosti pomoci nemocným s bipolární poruchou nejen z pohledu medicíny, ale i z pohledu sociální práce.

Hlavním cílem práce je zjistit, jaká může být sociální pomoc pro osoby nemocné bipolární poruchou. Jaké existují sociální služby určené přímo těmto osobám, jaké existují možnosti pomoci od doprovázení nemocného sociálním pracovníkem, přes možnosti sociálních dávek, po možnosti chráněného zaměstnání. Záměrem mé práce je poukázat na nemoc bipolární porucha, jaké jsou její projevy, jaký je dopad nemoci na okolí pacienta, jak se nemoc léčí.

Práce obsahuje také kazuistiky osob s bipolární poruchou. V této kapitole srovnávám kazuistiky s teorií a poukazuji na jisté shody i odlišnosti u jednotlivých osob trpících touto nemocí. Zajímám se o to, zda měly povědomí o sociální pomoci, zda ji využily.

Sociální práce s osobami s duševním onemocněním je velmi rozmanitá. Po mých zkušenostech s projevy této nemoci a po zkušenostech sociálních pracovníků z organizace Fokus, která pracuje s lidmi s afektivními poruchami osobnosti a s osoby trpící schizofrenií, mohu říci, že práce s těmito osobami je opravdu velice náročná, protože nemůžete předem předvídat, v jaké fázi klient bude, jak se bude projevovat. Klient je při jedné schůzce v manické fázi, při druhé schůzce může být v depresivní fázi a sociální pracovník musí poznat, kdy je klientovo chování „už moc“, kdy je jeho chování výhradně ovlivněno jeho nemocí a naopak, kdy klient je při smyslech a projevuje se jeho charakter. Při těchto změnách není jednoduché s klientem pracovat na cíli, který si spolu určili. Klienti také mění své názory někdy i z minuty na minutu, a proto tato práce s nimi není jednoduchá, ale přesto podle mě je pro sociálního pracovníka obohacující. Tyto poznatky jsem pochytila na své odborné praxi v organizaci Fokus, i v přímém kontaktu s mým tatínkem.

# 1. Bipolární porucha

Je také označována jako maniodepresivní psychóza. Tento termín je ovšem zastaralý a už se nepoužívá. Dříve seskupoval patologie náladových stavů s opakovaným vývojem a patřily k němu formy bez manických stavů s opakovanými depresemi. Z maniodepresivní psychózy se stala bipolární porucha, která si díky důkazům z oblasti genetiky a vývojové psychologie vymezila svůj pojem. Tato nemoc je charakterizována rozvojem a střídáním dvou fází: máníe, či hypomanie a deprese. Někdy může jít i o rychlé cyklování nálady (4 epizody během roku) a někdy dokonce ultrarychlé změny - během 24 hodin (Raboch, 2012, s. 110).

Praško (2003) definuje bipolární poruchu jako onemocnění s cykly nálad. Buď jde o mánii, depresi nebo povznesenou náladu. U tohoto onemocnění může docházet k proměně nálady velmi rychle (pár hodin), ale často jsou změny postupné (Praško, 2003, s. 8).

Předtím, než je bipolární porucha diagnostikována, si pacient prožije mnoho bolesti a obav. Stav, který pacient cítí, nechápe. Neví, jestli jde o krizi spojenou s dospíváním, s rozbouřenými emocemi, nebo o bipolární poruchu. Se všemi nejasnostmi poradí odborný lékař, na kterého se může obrátit i blízký dotyčné osoby. Stanovení diagnózy není jednoznačné. Podle posledních průzkumů od praktických lékařů a sdružení pacientů, trvá průměrně určit diagnózu osm let. Během této doby, může pacient vystřídat čtyři, až pět odborníků (Gay, 2010, s. 15).

*„Bipolární porucha postihuje v závažné formě jedno až dvě procenta populace a v lehčích formách až třikrát více osob. Pro veřejné zdravotnictví tak představuje vážný problém. Před nástupem psychofarmakologie, a zvláště před zavedením léčiv na bázi lithiových solí, se bipolární porucha považovala za nevyléčitelnou nemoc s beznadějnou prognózou.“* (Gay, 2010, s. 27)

Mahrová, (2008) hovoří o bipolární poruše takto: *„Je charakterizovaná střídáním manických, depresivních epizod, při nichž jsou hluboce narušeny nálada a úroveň činnosti. Mezi fázemi bývá období remise – klidu, bez projevů nemoci.“* (Mahrová, 2008, s. 79).

Podle WHO, bipolární porucha spadá mezi deset nejdražších nemocí s nejhoršími následky. U této nemoci je také vysoká úmrtnost. Až dvakrát vyšší než úmrtnost u celkové populace. Je tu vysoké riziko sebevraždy. U pacientů bez stanovené léčby až patnáct procent. Tato nemoc není těžká jen pro samotného nemocného, ale i pro jeho blízké okolí. Často nastává desocializace nemocného. *„Téměř šedesát procent pacientů trpících bipolární*



*poruchou je navíc závislý na drogách a to jejich úzkostné stavy ještě umocňuje.“*  
(Gay, 2010, s. 27)

Pokud je stanovená včasná léčba a pacient je stabilizován, je sníženo riziko sebevraždy, usnadněno opětné začlenění do společnosti nebo zvrátit jeho vyloučení (Gay, 2010, 27).

Označení „bipolární“ znamená, že nemoc se projevuje v epizodách změněné nálady. Tyto epizody jsou ukončené buď přesmykem do opačné fáze nemoci, tj. do deprese z mánie, mánie do deprese anebo remisí. Nemoc bipolární porucha se může projevit jedinou opakovanou fází, nebo i přesmyky do více epizod. Je to tedy porucha periodická (Hort, 2008, s. 181).

*„Termín maniodepresivní psychóza – užíval se od poloviny minulého století – seskupoval patologie náladových stavů s cyklickým vývojem a zahrnoval formu bipolární a unipolární (bez manické fáze, ale s opakovanými depresemi). Tyto dva aspekty dnes tvoří dvě různé podstaty. Maniodepresivní psychóza byla tedy oddělena od opakovaných depresí a stala se z ní bipolární porucha, jejich definice se významně rozšířila s použitím důkazů z oblasti genetiky a vývojové psychologie i důkazů klinických*  
(Gay, 2010, s. 27).

Každý člověk se cítí někdy dole, někdy nahoře. Neznamená to, že je hned maniodepresivní. O nemoci hovoříme tehdy, když jsou emoce příliš intenzivní, přehnané, dlouhotrvající, nekontrolovatelné a jsou zničující. Také platí opakovanost těchto potíží. Souhrn všech příznaků značí existenci bipolární poruchy.

## **1.1. Počátky a příčiny nemoci**

Existují různé první projevy onemocnění bipolární poruchou. Většinou jsou to změny v chování člověka. Dotyčná osoba se chová úplně jinak. Byl pozorný ke svému okolí a nyní je lhostejný a zajímá se jen o sebe. Byl veselý a nyní je zamlklý, smutný a uzavřený. Mnoho vlastností, které se týkají různých oblastí lidského života, se mění. Některé změny mohou být nepatrné a těžko rozpoznatelné, jiné mohou ohrozit mezilidské vztahy mezi nemocným a okolím, dokonce i jeho vlastní existenci. Obvyklý spouštěč bipolární poruchy bývá často nějaká negativní životní událost (rozvod, rozchod, autonehoda, úmrtí v rodině, nebo například ztráta zaměstnání). Může jít také o zátěžovou zkušenost (zkoušky ve škole). Dalším spouštěčem můžou být i silné pozitivní životní události (sňatek, narození dítěte, zamilovanost). Epizodu bipolární poruchy může také vyvolat nadměrné užívání alkoholu

a drog, nedostatek spánku (pacient pracoval na nočních směnách, vynechával spánek kvůli učení, nebo cestoval mezi časovými pásmy). Nemoc také vyvolávají a zhoršují problémové vztahy v rodině, například příliš přísná výchova, narušené vztahy rodičů, ale také stresy a špatné vztahy na pracovišti. U většiny nemocných dochází k první epizodě nemoci v poměrně mladém věku. Většinou ve věku 15 až 25 let. Samozřejmě však může nemoc propuknout i dříve nebo později. Jistou roli v pravděpodobnosti onemocnění maniodepresivitou hraje také dědičnost. V některých rodinách se napříč generacemi objevují častěji lidé s depresivními potížemi nebo s jinými psychickými poruchami. Výzkumy ukazují, že když jeden z rodičů trpí bipolární poruchou, má jejich dítě cca. 24% riziko onemocnět také. Pokud poruchou trpí oba rodiče, riziko se zvyšuje na 55%. Jestliže má jedno z jednovaječných dvojčat toto onemocnění, druhé má 72% pravděpodobnost, že onemocní také. Dvojvaječné dvojče, má tuto pravděpodobnost 14%, další sourozenci asi 12% (Látalová, 2010, s. 55).

Samotná biologická determinace ale není rozhodujícím faktorem ke vzniku nemoci. Vždy se přidávají další faktory, především výchova, stresující prostředí, životní ztráty, životní styl, problémy ve vztazích. První projevy nemoci bývají nejčastěji depresivní. Dalšími průvodními jevy nemoci jsou agresivita a popudlivost. Agresivním jednáním vznikají nevyhnutelně konflikty v okolí. Tyto konflikty jsou zdrojem utrpení a problémovým faktorem pro nemocného i jeho blízké. Podrobná analýza situace nemocného odhalí další symptomy, jako jsou nespavost, náladovost, upovídanost. Následným rozbořením, lze zjistit, jaké okolnosti v nemocném člověku vyvolávají popudlivost. Například nesouhlasné námítky od blízkých, nesnese žádný odpor, pomalost, kterou připisuje druhým osobám, nezajímají ho rady od druhých, i o tom, že by neměl tolik utrácet. Tyto všechny situace vedou ke konfliktu, když pacient začne mít dojem, že je omezená jeho svoboda jednání, že musí čelit námítkám a překážkám. Na obranu se začne chovat despoticky, prosazuje svá práva a hájí se formou ostré kritiky. Uráží své okolí, říká si co chce, nebere ohledy. Nezná žádné hranice, vyvolává konflikty, ale vinu za ně svaluje na ostatní. Jako další projev začátku nemoci, spíše u manické fáze je blouznění. Pacient o těchto stavech nechce mluvit, proto není jednoduché toto rozpoznat. Je důležité, aby spolu měli lékař a pacient vztah založený na důvěře. Posléze lze odhalit blouznivé představy, které mají často mystický charakter. Dalšími projevy nemoci jsou nespavost, hyperaktivita a zrychlená mluva. V tomto stádiu nemoci, lze často chybně diagnostikovat pacientův stav jako projevy schizofrenie. V takových případech se předepisují neuroleptika, které ale mají nepříjemné vedlejší účinky. Tyto účinky mohou pacienta uvést do stavu, kterému se říká abulie. Ten přináší nedostatek

vůle. Další stav, který může nastat je apragmatismus, který je charakterizovaný obtížemi při těch nejjednodušších běžných činnostech. Blouznivé stavy tedy mohou představovat jednu z bran k bipolární poruše. Dalším stavem, který spouští bipolární poruchu je deprese. Nejčastěji u forem nemoci s pozdním začátkem, tj. po čtyřicátém roce věku. V tomto období je pacient nejlépe přístupný jít k lékaři. Ovšem je důležité varovat blízké osoby, jelikož od lékaře předepsaná antidepressiva mohou vyvolat manickou epizodu. Proto je třeba, aby praktický lékař věděl zásadní informace o pacientovi, jako je například dědičnost v rodině, alkoholismus, nebo problémy v dospívání. To by mu mohlo pomoci určit, jestli nejde o začínající bipolární poruchu. Dalším projevem počátku nemoci je přehnané utrácení. Spadá spíše do projevů manické fáze. Pacient bez rozmyslu utrácí peníze určené například k placení poplatků. Nakupuje nepotřebné věci. On, ani jeho okolí si tohoto příznaku nemusí zprvu všimnout, ale bývá předmětem dalších konfliktů. Hyperaktivní způsob života, který pacienti v manické fázi prožívají, je dalším příznakem. Vstávají brzy, obvykle budí i ostatní členy rodiny. Mají přehnaně mnoho energie. Jejich diáře jsou plné všech událostí a povinností. Zůstávají dlouho do noci vzhůru. Muži i ženy pracují na počítači, seznamují se nebo hrají online hry, uklízejí, srovnávají nábytek a dělají domácí práce. Toto chování naruší veškeré aspekty života kolem pacienta. V začátcích nemoci mohou nastat také problémy se zákonem. Je těžké přesvědčit policii, že nadávky a krádeže lze přisoudit výkyvům nálad, tím spíš, pokud se jedná o první epizodu nebo nemoc nebyla ještě diagnostikována. Většina přestupků se týká mladistvých. Jde o urážky, krádeže, násilné chování, podvody a neslušná gesta. Co je důležité připomenout je braní drog, které může být součástí první epizody. Chování pacienta se podceňuje, je přičítáno drogám. V průběhu bipolární poruchy je zaznamenána příležitostná konzumace alkoholu, drog nebo nadměrné kouření cigaret. V období deprese je možné odhalit jako první příznak nemoci sebevražedné sklony. Tento příznak je ovlivněn délkou depresivního stavu, jeho intenzitou. Tyto sklony jsou často voláním o pomoc v bezútěšné situaci a zaslouží si velkou pozornost (Gay, 2010, s. 25).

Rozpoznat bipolární poruchu není jednoduché. Zprvu se může zdát, že jde jen o nepatrné změny v chování jedince, tyto změny se ovšem stupňují a je třeba jednat. Následující citace stav počátků diagnózy objasňuje takto: *„Bipolární porucha se projevuje velmi rozdílnými změnami chování, často jen zdánlivými příznaky, a tím lze také vysvětlit, proč lékaři jen výjimečně určí okamžitou správnou diagnózu. Čím dříve se stanoví diagnóza a začne se s léčením, tím více se sníží riziko rozpadu vzájemných vztahů nebo chronického vývoje k horšímu alepší se efekt léčby. Smyslem včasné diagnózy je pokusit se zastavit postupující nemoc a znásobit možnosti stabilizace nálad.“* (Gay, 2010, s. 26). Pacienti,

u kterých je diagnóza stanovena pozdě, již mohou být oslabení rozloženými vztahy v rodině a návykovými látkami, a tím je u nich léčba těžší.

Navíc se někdy bipolární porucha může komplikovat přidružením dalších poruch. Nejčastěji to bývají úzkostné poruchy (až 93% pacientů), dále panické poruchy (18% - 33% pacientů). Někdy se také může objevit obsedantně – kompulzivní porucha (přibližně u 21%). Byly pozorovány i další typy poruch osobnosti. Například disociální, hraniční, narcistická a histriónská (Látalová, 2010, s. 79).

## 1.2. Typy bipolární poruchy

Bipolární porucha se dělí na několik podskupin (toto dělení je používané zejména v USA).

**Bipolární porucha typu I** – manické záchvaty se střídají s depresivními epizodami. Manická epizoda je často provázena blouzněním, velikášstvím, někdy i halucinacemi. Tento typ poruchy bývá často diagnostikován v průběhu manické epizody. Pacient přeceňuje svoji důležitost, má nápady, které mu vydělají miliony, je sledován tajnou službou, hodně utrácí a podobně (Gay, 2010, s. 29).

**Bipolární porucha typu II** – u tohoto typu mívají pacienti zdánlivě problémy jen s depresí, manické epizody bývají odhaleny až po podrobném vyšetření, protože tyto epizody se projevují jen zvýšenou aktivitou (hyperaktivita, mnoho úkolů najednou, pracovní přetížení). Často pacienti léčení pro depresivní poruchy spadají ve skutečnosti do bipolární poruchy typu II. Diagnostika je tu obtížnější, je třeba důvěra k lékaři, podrobné vyšetření, můžou pomoci i dotazníkové metody (Látalová, 2010, s. 42).

**Bipolární porucha typu III** – tento typ poruchy se vyznačuje rychlým střídáním depresivních epizod s manickými stavy. Spadá sem také takzvaná cyklothymie u které se hypománie střídá s lehkou depresí. Pacient často také nevyhledá lékařskou pomoc, normálně dál pracuje, ale jeho okolí ho vnímá jako extrémně náladového, neví, co od něho mají čekat. Často se mu kvůli tomu rozpadá soukromý život (Gay, 2010, s. 31).

## 1.3. Projevy bipolární poruchy

Pacienti s bipolární poruchou mohou mít v kterékoliv epizodě své nemoci narušen kontakt s realitou, to znamená, že pacient sám nerozezná, že už onemocněl. Toto často velmi komplikuje léčbu. Navíc téměř jedna třetina těchto pacientů trpí osobnostními změnami, také sociálními potížemi a je u nich velké riziko sklonů k sebevraždám. Mívají také tělesné

problémy a onemocnění (obezita, narušený metabolismus, následkem toho často i diabetes II. typu). Všeobecně mají tito pacienti velmi narušené kognitivní funkce. Jejich schopnost udržet pozornost, soustředit se, něco si zapamatovat, je hodně omezená. Také mají problémy plánovat, setrvat u jednoho záměru a dotáhnout ho do konce. Toto poznamenává všechny oblasti jejich života. Mají problémy ve své profesi, ve škole i v partnerských a mezilidských vztazích. Poruchou pozornosti trpí naprostá většina pacientů, k tomu se přidávají poruchy paměti a psychomotorické potíže (Látalová, 2010, s. 21).

V určitém procentu případů je bipolární porucha spojená také s úzkostnou poruchou. Někdy se mohou přidat i poruchy příjmu potravy. Nebezpečná je ztráta sebekontroly, která zasahuje sociální, rodinnou i profesní oblast (Gay, 2010, s. 42).

### 1.3.1. Mánie

Slovo „mania“ pochází z latinského originálu a znamená „vášeň, zběsilost“. Stav, při kterém pro postižené osoby není nic nemožné. Mají mnoho energie, nekontrolují se, mohou být slovně agresivní. Mají menší potřebu spát, jíst a pít, někdy ovšem mohou spořádat velké množství pokrmů. Tyto oba extrémy mohou jedince ohrozit na životě. V období mánie je výdej energie zvýšený. Tyto osoby mají dočasně zvýšené sebevědomí, neumí správně vyhodnotit situaci, neschopnost zohlednit rizika. *„Za energičností, dobrou náladou, zvýšeným sebevědomím až grandiozitou je (někdy i při delším kontaktu pro pozorovatele patrná) úzkost a strach, nejistota a bezmoc. Projev člověka jakoby říkal: Není pravda, že jsem opuštěný, osamělý, neúspěšný, nesmělý, mám strach a cítím úzkost (dominující obranou je popření)“* (Probstová, Pěč, 2014, s. 67). Člověk trpící mánií vypadá nad míru sebevědomý, a jako kdyby vyhrál nad svými slabostmi. Přes tyto známky, ale cítíme, že jeho pocity jsou jiné, než proplouvají na povrch. Humor a vtípky jsou většinou provokativní a urážlivé. Zdůrazňuje slabé stránky druhých, aby mohl vsunout do pozadí slabé stránky své (Probstová, Pěč, 2014, s. 67).

Myšlenky v hlavě tryskají. Pacienti riskují rozvrácení svých vztahů, pověsti a finanční zruinování. Často se můžou dopustit trestné činnosti. Mají problémy s financemi. Nakupují bez rozmyslu, utrácí, půjčují si peníze a dělají dluhy. V komunikaci můžou být drzí a vulgární. Mohou být také sexuálně promiskuitní. Věrnost v manželství jde někdy stranou. Typický je také vzhled osoby trpícího mánií. Má rozšířené zorničky, rumělec ve tváři. Pulz i dýchání jsou zrychlené. Pacienti s mánií si často neuvědomují, že jsou nemocní. Cítí se

velice dobře a je pro ně těžké přijmout, že svým chováním svým nejbližším ubližují. Pohoršování ze strany okolí zhoršuje jejich zoufalou situaci (Lásková, 2016 s. 94).

Existují však příznaky, které mohou v okolí pacienta pozorovat a rozpoznat nastupující mánii. Nápadná je upovídanost, zrychlená řeč. Dále hyperaktivita, mnoho plánů, slovní provokace, hádavost, nekritičnost a podrážděnost. Pacient náhle mění styl oblečení, může jít až o eroticky vyzývavý vzhled. Přestože byl dříve spíše uzavřený, je náhle družný a spontánní. Nadměrně telefonuje, píše dopisy nebo SMS, může být víc aktivní na internetu. Zároveň je podezřívavý a velmi kritický. Typická je nespavost a noční činnosti. Ve společnosti se chová nepřiměřeně a má větší zájem o jakékoliv požitky (alkohol, jídlo, sex, večírky...) (Doubek, 2011, s. 9).

Obecně se tedy dá říct, že manická epizoda se projevuje třemi základními způsoby. Jsou to za prvé **přehnané změny nálady** (euforická nebo podrážděná), propojená s fyzickou i psychickou hyperaktivitou. Podle intenzity epizody mluvíme o mánii nebo hypománii. Hypománie má mírnější projevy. U mánie se nálada pacienta mění opravdu rychle. Přechází od smíchu ke smutku. Typická je podrážděnost, ironie, jízlivost, přecitlivělost. Někdy megalománie (pacient o sobě mluví jako o výjimečném člověku). Také se často stává, že pacient má i citlivější smysly (výrazněji vnímá pachy, chutě a zvuky). Druhý způsob projevu manické epizody je **zrychlené myšlení**. Pacient je roztěkaný, má mnoho myšlenek a nápadů, mluví rychle, oslovuje i neznámé osoby, někdy mluví i dlouho bez přestávky. Postupně se jeho řeč může stát zmatená a nesouvislá. Má afektovaný projev a vyjadřuje se ke každému problému, o kterém slyší. Třetím způsobem projevu mánie je **hyperaktivita**. Pacient stále méně spí, nevnímá únavu, někdy spánek vynechá úplně. Často hubne. Chová se bez zábran. Někdy navazuje milostné a sexuální vztahy. V pracovním prostředí zvyšuje pracovní úsilí, je schopný porušovat zákony, brát si velké půjčky. V rodině se z něho často stává tyran. Může být i agresivní a násilný. V každém směru se chová přehnaně (Gay, 2010, s. 31).

Manický syndrom zahrnuje tzv. triádu (veselá nálada, zrychlené myšlení, zrychlená psychomotorika). Určujícím příznakem manické epizody je změna nálady, která u hypománie trvá 4 dny a u mánie více než týden. Podle Mariany Koníkové (2004) je potřeba znát k určení diagnózy nejméně tři z těchto příznaků: „*Zvýšená aktivita nebo neklid, logorea, nesoustředěnost, snížená potřeba spánku, zvýšená sexuální aktivita, utrácení.*“ (Vavrušová a kol., 2004, s. 47).

Psychotické mánie jsou charakterizovány bludy nebo halucinacemi. Manickou epizodu také provází kognitivní a behaviorální změny. Jsou ovlivněny schopnosti myšlení,

koncentrace, paměť. Je zvýšená tvorba asociací. Dále neúnavnost, verbální agresivita až po bizarní projevy, které zahrnují například strhávání si oblečení na veřejnosti, křik, pobíhání. Takovéto projevy vedou k nedobrovolné hospitalizaci (Vavrušová a kol., 2004, s. 47).

U hypománie jsou slabší příznaky, ne tak devastující (pokud trvají více dní, znamenají diagnózu). Nebezpečí tohoto stavu je v záměně s remisí. Jeví se totiž jako projev úlevy po skončení deprese. Diagnóza se stanovuje podle příznaků, kterými jsou: málo spánku, více plánů a úkolů, nepřítomnost únavy, větší společenskost a družnost, roztržitost, podrážděnost, zvýšená spotřeba alkoholu a nikotinu. Tuto fázi nemoci nejlépe rozpoznají lidé z bezprostředního okolí pacienta (rodina, spolupracovníci). Jen oni mají srovnání s předešlým chováním dotyčného a vidí výrazné změny (Gay, 2010, s. 32).

Období mánie může být velmi stresující pro okolí a rodinu pacienta. Přímo ničující následky dopadají na případná manželství a partnerské vztahy pacientů. Pacient v manické fázi se poměrně snadno seznamuje (zvláště pokud jde o hypománii), bývá charismatický, velkorysý, zábavný. Zdá se, že má hodně lásky na rozdávání, může být až naivní, pravdomluvný a nebojí se dávat. Může se stát, že naváže vztah a partnerka/partner, ani nemusí tušit, že jde o nemocnou osobu. Žít ale všední, běžný život s takto nemocným člověkem, je velmi náročné a stresující (Gay, 2010, s. 33).

Někteří pacienti, na počátku své minulé manické epizody mají dobré vzpomínky na zvýšenou energičnost, dobrou náladu, přehršel sebevědomí a zvýšenou kreativitu. Jiní zažívají počátky své manické epizody opačným způsobem. Cítí podrážděnost, neschopnost zastavit se, uvolnit se. Těžce prožívají konflikty s okolím (Herman, 2004, s. 29).

Jelikož jsou epizody bipolární poruchy biologicky podmíněny, nelze jejím průběhům v budoucnosti zabránit, ale do jisté míry je pacient schopný následky epizod ovlivnit. Je to možné v průběhu rozvíjející epizody, když se objevují první varovné příznaky (Herman, 2004, s. 30).

Počátky mánie se podle některých pacientů dají přirovnat k rozjíždějícímu vlaku. Když vlak opouští stanici a teprve nabírá rychlost, je pro cestujícího ještě možné soupravu opustit, pokud požádá průvodčího. Jestliže, ale vlak již nabral plnou rychlost a počáteční stanice je dávno pryč, zůstává pasažér v soupravě uvězněn, dokud vlak sám nezastaví nebo nehavaruje. Způsobem tedy, jak ovlivnit nastávající manickou epizodu je zjistit, že se vlak dal do pohybu a pracovat na tom, jak jej zastavit (Herman, 2004, s. 30).

Jak tedy ovlivnit, aby nenastal relaps manické epizody:

## - **Rozpoznání varovných příznaků**

Pokud se jedná o období před vypuknutím příznaků mánie, mluvíme o prodromálním období. V tomto období se objevují příznaky ukazující nastupující manickou epizodu, jde ovšem o přehlédnutelné a těžko rozpoznatelné signály. Když dojde k jejich včasnému odhalení a jsou použity terapeutické kroky, nemusí k manické epizodě dojít. Prodromální příznaky jsou nejčastěji nespavost a zvýšená aktivita. Erik Herman (2004) uvádí: „*Bylo zjištěno, že pozorovatelné změny v myšlení a tempu řeči jsou u většiny pacientů přítomny asi měsíc před rozvojem zřetelných manických příznaků.*“ (Herman, 2004, s. 30).

Prodromální příznaky jsou velmi individuální, proto by si pacient měl sepsat jeho osobní příznaky, které zažil v minulosti před manickou, nebo hypomanickou epizodou. Může mu v tom pomoci rodina nebo psychiatr.

Jde o náladu a prožívání, změny v energii a aktivitách, změny v myšlení a vnímání, spánkový režim, mimořádné události.

## - **Preventivní kroky proti dopadům počátku mánie**

Tyto kroky jsou u každého pacienta individuální, proto si každý může vybrat své, které mu osobně sedí.

Jde o ochranu peněz. Osoba v manické fázi si neuvědomuje, jak zacházet s penězi, než obvykle. Má tzv. „hyperpozitivní myšlení“, které je charakterizované nadhodnocením svých schopností (investování finančního kapitálu) a nedocenění rizik (důsledky zadlužení). Důležité je, aby pacient a jeho okolí poznali změnu v uvažování a postojích. Náhlá fascinace rychlého zbohatnutí, nebo vyřešení dlouhodobě špatné finanční situace je podezřelá. Dále, přehnané nakupování nepotřebných věcí nebo nakupování na dluh. Pokud pacient rozpozná své manické myšlenky, měl by okamžitě někomu blízkému svěřit své kreditní karty, nenavštěvovat oblíbené obchody, neinvestovat do akcií, nesledovat teleshopping, nenakupovat přes internet. Tím může odvrátit následné problémy, které by mohly nastat.

Odevzdání klíčů od auta. Osoby v průběhu manické epizody mají sklony k rychlé, nezodpovědné jízdě autem, často pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek. Ovšem odevzdání klíčů pro některé osoby není akceptovatelné.

Vyhnutí se důležitým životním rozhodnutím. Pokud jsou přítomny prodromální příznaky mánie. Těžké je uvědomit si, že nyní není správný čas na velká



rozhodnutí, protože můžou být z pacientova pohledu v pořádku, ale ve skutečnosti jsou nerealistická. Ještě těžší je jim nepodlehout.

Vyhnutí se rizikovým sexuálním vztahům. Častý první příznak prodromálního období je zvýšená sexualita a nevázanost. Jde nejen o návštěvy veřejných domů a sexuálních vztahů na jednu noc, ale také o svádění kolegů v práci a partnerů svých přátel. Dopady tohoto chování jsou pro pacienta ničivé. Jako obrana proti navazování takových vztahů je důležité se svěřit nějaké blízké osobě, která může některým činům zabránit. Také je velice důležité nepít alkohol a nebrat omamné látky.

- **Stabilní udržení denního rytmu**

Pokud pacient pociťuje příznaky následující manické epizody, je důležité, aby si zajistil pravidelný denní režim a hlavně zabezpečil spánek v noci. Vyhnutí se stresujícím situacím, pracovně se nepřetěžovat, zaznamenávat své stavy do deníku nálad a pravidelně konzultovat se svým psychiatrem.

- **Pravidelné návštěvy psychiatra**

Důležitá je spolupráce s psychiatrem. Snaha zabránit následující manické epizodě, nebo alespoň zmírnit její důsledky. Pacient má možnost svému psychiatrovi neprodleně zavolat, pokud cítí změnu svého stavu, ale někteří nemocní se špatně necítí a nevidí své činy jako příznaky manické epizody. Proto je důležitá i spolupráce rodiny pacienta s psychiatrem (Herman, 2004, s. 34).

Manická epizoda v rámci bipolární poruchy je snadno diagnostikována, zato je těžší přesvědčit pacienta o potřebě léčby. Včasná terapie a využití antipsychotik zajistí zlepšení již těžké situace pacienta (Vavrušová a kol., 2004, s. 47).

## **Rozdělení mánie**

**Rezonantní mánie** – spojená se zlostnou náladou, podrážděností a nadávkami.

**Paranoidní mánie** – spojená s chorobnou vztahovačností a podezřívavostí. Pocity pronásledování a nedůvěry.

**Inventorní mánie** – osoba postižená tímto typem mánie, vymýšlí vynálezy na počkání. Pro ni zásadní objevy, které změni svět, vymýšlí do tří dnů.

**Religiozní mánie** – spojená s náboženskými představami. Ženy bývají k tomuto typu mánie náchylnější. Tomuto typu mánie se také říká „Jeruzalémský syndrom“. Osoby postižené tímto syndromem mají bludy týkající se přesvědčení o sobě sama, jako o osobě povolane k reformátorské činnosti. Dále mají pocit, že je osobou, o které je zmínka v Bibli. Slyší hlasy, které nabádají ke kázání. Může být agresivní, jak k okolí, tak k sobě samému. Postižený

nevnímá podivnosti, které vykonává. Je nutná hospitalizace. Tímto syndromem onemocní spíše lidé hluboce věřící (Lásková, 2016, s. 78).

### 1.3.2. Deprese

Depresivní epizoda nastává tehdy, jestliže nejméně dva týdny trvají alespoň dva z hlavních příznaků, tj. za prvé depresivní smutná nálada po většinu dne, za druhé ztráta zájmů a potěšení při aktivitách a za třetí pokles energie, větší únava.

Dále musí přetrvávat alespoň jeden z dalších příznaků:

1. Ztráta sebedůvěry, sebeobviňování,
2. opakované myšlenky na smrt,
3. nerozhodnost, špatné soustředění, váhavost,
4. zpomalená psychomotorika,
5. poruchy spánku, změna chuti k jídlu (Doubek, 2011, s. 9).

Potíže během dne kolísají, postižený se začne vyhýbat lidem, narůstá pocit méněcennosti, zpomaluje se myšlení, pacient má někdy pocit, že „hloupne“. Většinou také cítí únavu, tíhu, vyčerpanost. Pacient může pociťovat i tělesné příznaky jako jsou: třes, pocení, potíže s dýcháním, bolesti hlavy, závratě, bušení srdce, nechut' k jídlu. Proto někdy pacienti a jejich okolí mají dojem, že je fyzicky vážně nemocný. Někdy i projdou vyšetřením na tělesné choroby (Praško, 1999, s. 7).

Herman (2004) hovoří o depresi takto: „*Deprese není způsobena nechutí nést zodpovědnost za své činy, strachem vyrovnat se s nároky života, leností, zbabělostí nebo slabostí. Je to biologicky způsobená nemoc.*“ (Herman, 2004, s. 35).

Pacienti jsou méně aktivní, bez energie. Dělá jim potíže se rozhodovat. Mají zpomalené myšlení, nemají chuť do práce, ale ani na zábavu. Vykonávají jen nejnutnější povinnosti. Okolí někdy považuje jejich stav za smutek nebo lenost. Deprese však není ovlivnitelná vůlí a je mnohem hlubší, než prožitek běžného smutku. Pacient při ní úplně ztrácí smysl života, prožívá pocity beznaděje, utíká do spánku, ale spánek mu zároveň neposkytuje úlevu, někdy trpí i nespavostí. Přestanou ho zajímat koníčky, které ho dříve těšily. Někteří pacienti jsou neklidní, nervózní, podráždění až výbušní (Praško, 1999, s. 6).

Existují různé fáze depresivní epizody. Při mírné depresivní fázi má člověk některé příznaky, ale dál pracuje a žije svým životem. U středně těžké depresivní fáze už člověk jen

obtížně zvládá své běžné povinnosti (práce, škola, vztahy). U těžké depresivní fáze je pacient pronásledován pocity viny, někdy až bludnými. Jsou postiženy všechny oblasti jeho života. Mohou se objevit i bludy a halucinace (Probstová, Pěč, 2014, s. 76).

Pokud je deprese hluboká, může se změnit pacientův pohled na svět a objeví se bludy. Praško (2004) o bludech uvádí toto: „*U bludů dochází k poruše myšlení; postižený je nevyvratně mylně přesvědčený o něčem, co neodpovídá realitě, a často podle toho přesvědčení i jedná.*“ (Praško, 2004, s. 30). Jde tedy o mylné, soukromé přesvědčení o realitě. Většinou jde o příběh. Okolí pacientovi bludy nevěří, jsou pro ně nepravdivé a nesmyslné. Bludy pacientovi nejdou vyvrátit žádnými logickými argumenty. Stojí často ve středu pacientova zájmu. Jsou součástí nemoci, u zdravých jedinců k jejich vzniku nedochází. Pacienti mohou mít bludy o své vlastní nedostatečnosti, hříchu. Mají pocit, že svou nicotností zničili svou rodinu, někdy i celý svět. Někdy si myslí, že jim chybí část těla, že trpí smrtelnou nemocí. Myslí si, že je někdo pronásleduje, že je chce potrestat za to, jak jsou špatní (Praško, 2004, s. 32).

Pacient v depresivní fázi působí na okolí většinou nepříjemně. Má sníženou mimiku, nevýraznou řeč, je jakoby vyhořelý a bez energie, někdy má i problémy s hygienou. Působí pasivně a bez zájmu, špatně udržuje konverzaci, na okolí reaguje zpomaleně, vyhýbá se očnímu kontaktu, má strnulý výraz v obličeji, chudou gestikulaci. Může mít i tichý a nevýrazný hlas. Takže i když obsahově je jeho proslov v pořádku, na okolí přesto působí nepříjemně. Toto všechno vede ke zhoršení sociálních vztahů a někdy i k úplnému odtržení od společnosti. Depresivní člověk je pak izolovaný a v důsledku toho ještě hůře zvládá svoji situaci (Probstová, Pěč, 2014, s. 76).

Pro okolí vyvolává depresivní chování různé pocity. Nejčastější je soucit. Přehnaný soucit, může pacientovi škodit. Prohlubuje jeho úzkost a depresi utvrzuje. Opačným pocitem, který zažívá okolí je agrese. Zahrnuje nadávky, aby se nemocný sebral a nelitoval se. Toto chování depresi jen zhoršuje. Falešné posilování také není dobrým způsobem jak nemocnému pomoci. Jde o věty jako: „Neboj, za chvíli ti bude dobře“ nebo „Musíš se snažit a bude ti líp“. Jde o bezradnost, kterou cítí ten, kdo tohle říká. Dočasně může falešné posilování nemocnému pomoci, ale dlouhodobě je k ničemu. Správným postupem od okolí, jak se chovat k pacientovi, je mít trpělivost, laskavost a brát na něho ohledy. Když nemocný cítí pochopení, pomáhá mu to k aktivitě (Praško, 2004, s. 29).

Depresivní epizoda se někdy dostaví plíživě a postupně, jindy udeří poměrně rychle. Počátky depresivní epizody někdy zpozorují lidé z nejbližšího okolí pacienta. Úplně na začátku se projeví příznaky lehké únavy, bezradnosti, apatie. Začíná se měnit délka

spánku. Pacient hůř ráno vstává, zhoršuje se jeho péče o sebe. Začíná mít problémy s jídlem (buď jí více než dřív nebo naopak méně). Začíná být nerozhodný, hůře se soustředí, zapomíná, začíná se vyhýbat společnosti. Nechce si tolik povídat jako dřív, neotvírá dopisy, neplatí účty. Začíná se zmiňovat o beznaději, mluví o svých chybách, je provinilý, podrážděný a plačtivý. Zdaleka ne všechny tyto příznaky jsou nutné k tomu, aby rodina kontaktovala lékaře. Největším nebezpečím u depresivní epizody je hrozící sebevražda. Rozhodnutí k ní většinou nevzniká ze dne na den. Pokud ale vidíme u depresivního pacienta zvláštní reakce, například rozdávání osobních věcí, usmiřování se, kontaktování právníka, poznámky jak se ostatním uleví, protože pacient je pro ně přítěží, tak raději kontaktujte lékaře (Doubek, 2011, s. 16).

Čím dříve léčba nemoci započne, tím se depresivní epizoda dostaví s méně negativními dopady na pacienta a jeho okolí. Zde je pár doporučení co dělat a nedělat během depresivní epizody:

- Deprese je nemoc, která je léčitelná;
- pacienti by se neměli od ostatních izolovat;
- důvěra v lékaře;
- pravidelné užívání léků;
- neklást si náročné úkoly;
- delší činnost rozdělovat na více úseků;
- nevěřit svým negativním myšlenkám;
- nečekat od léčby okamžitou účinnost;
- předčasně léčbu neukončovat.

Mezi depresivní emoce patří:

- **Smutek** – Ačkoliv smutek prožívá každý člověk, v depresi je mnohem hlubší, trvá delší dobu a brání aktivitě. Postižený má negativní vidění světa, mluví jen o neúspěších, všímá si jen zlého. I na druhých lidech hledá jen to špatné. Smutek graduje od sklíčenosti až po úplné zoufalství. Pacient může získat pocit, že všechno zavinil, že je trestán a objeví se touha zemřít.
- **Vymizení radosti** – Pacient v depresi se neumí radovat, ani prožívat příjemné věci. Na veselé historky a vtipy může reagovat pláčem (protože si uvědomuje, že už se nedokáže upřímně smát). Ztrácí také potěšení z přírody, z koníčků, z kultury. Neschopnost prožívat radost se nazývá odborně anhedonie. Na radost je také potřeba

dostatek energie, kterou nemocný nemá, a všechny negativní myšlenky mu brání v radostných prožitcích.

- **Úzkost** – Podobná strachu, avšak je vleklá a bezdůvodná. Úzkost člověka znehybňuje, brání mu v soustředění, pacient je strnulý, trpí a neumí si pomoci.
- **Strach** – Depresivní pacient se bojí budoucnosti, že se jeho deprese nezlepší, bojí se i odmítání druhých, o své nejbližší atd.
- **Pocit ztráty** – Pacient s depresí má často pocit, že ztratil sám sebe, své bezpečí a jistotu, své sociální postavení, své blízké osoby.
- **Vzteky na sebe** – Člověk v depresi se na sebe také hodně zlobí. Většinou pro svou neschopnost něco změnit, dále na své špatné vlastnosti, může sám sebe i nenávidět.
- **Nerozhodnost** – U deprese zachází nerozhodnost až do úplných maličkostí, pacient se bojí, že jeho rozhodnutí bude špatné, a tak nedělá žádné.
- **Bezmoc a beznaděj** – Nemocný má pocit jako člověk uvězněný pod ledem, nemůže led prorazit a dostat se na svobodu.
- **Podrážděnost** – Lidé v depresi někdy reagují podrážděností a hněvem na sebemenší podnět.
- **Plačtivost** – Depresivní epizody provází silná lítostivost, která snadno vede k pláči (Praško, 2003, s. 34).

Pro depresivní epizodu jsou typické tzv. depresivní automatické myšlenky. Automatické myšlenky nám přicházejí na mysl, aniž bychom o nich dál přemýšleli. Máme je všichni neustále. Většinou jsou neutrální, ale u pacientů s depresí jsou negativní a řetězí se. Zahrnují: **1. negativní hodnocení sebe, 2. negativní hodnocení okolností, 3. negativní vize budoucnosti.** Depresivní myšlenky jsou automatické (vybavují se samy od sebe), zkreslené (neodpovídají pravdě), neužitečné (škodí nám, udržují depresi). Pacient jim ale plně věří. Čím víc jim věří, tím hůř se cítí.

Automatické depresivní myšlenky se věnují několika tématům:

- **Obavy** – Nutkavě se vracejí (jak to zvládnu, co se stane mé rodině, atd.)
- **Tragické vize budoucnosti** – Pacient u všeho očekává nejhorší možný výsledek.
- **Pocity viny a sebeobviňování** – Depresivní lidé se cítí provinilí za reálné i domnělé věci, které se odehrály třeba i v minulosti. Mají pocit špatného svědomí a pocit, že v životě všechno zkazili.
- **Obviňování okolí** – Někteří pacienti hledají příčinu svého stavu v okolí, domnívají se, že mají příliš mnoho úkolů a že jsou přetěžováni.

- **Komplexy méněcennosti** – Pacient je přesvědčený, že je hloupý, nezajímavý a nudný. Druzí o něj nestojí, kazí jim zábavu, v životě se mu nic nepovedlo.

Depresivní chování má několik různých projevů:

- **Nízká úroveň aktivity** – Pacienti jsou pasivní, vyhýbají se povinností, sedí a polehávají.
- **Odkládání činnosti** – Snaží se odkládat každou činnost a pak z toho mají výčitky.
- **Vyhýbavé chování** – Pacienti se vyhýbají i rekreačním a příjemným činnostem. Vyhýbají se kontaktu s lidmi, všem úkolům, každé námaze.
- **Vyhledávání pomoci a ujištění** – Pacient hledá pomoc u blízkých, ale tato ujištění mu pomohou jen na chvíli nebo vůbec.
- **Izolace** – Nemocný se vyhýbá lidem, nakonec je osamělý a izolovaný.
- **Sebevražedný pokus** – Snaha uniknout nekonečnému utrpení.

Co se týče rodiny pacienta v depresivní epizodě, je třeba, aby nemocného podporovali v návštěvě lékaře a zahájení léčby. Člověk v depresi potřebuje mnoho trpělivosti a laskavosti. Není třeba přehnaný soucit, ale také je nutné se vyvarovat kritiky. Pacient svojí depresi vůlí nemůže zvládnout. Je dobré jeho stav nezlehčovat, není líný, ani se málo nesnaží a rady „aby se více snažil“ jsou kontraproduktivní a jeho stav jen zhoršují. Je dobré nenutit ho k činnostem, ale jen ho k nim trpělivě zvát. Odhadnout, na co má ještě síly. Rodina by se měla snažit posilovat pacienta k aktivitám, které mu přinášely radost před onemocněním (Praško, 2003, s. 50).

Během depresivní epizody, mohou nastat stavy, které připomínají tělesnou nemoc. Někdy propuknout před depresivní epizodou, jindy mohou doznívat i dlouho po ní. Praško (2004) popisuje tyto stavy takto: „*Centra v mozku, která jsou odpovědná za prožívání nálad, jsou spojena s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému. Proto při změnách nálady dochází často k pestrému obrazu tělesných obtíží.*“ (Praško, 2004, s. 27). Pacienti zažívají únavu, napětí a slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře, břicha, pocení, závratě, tlaky v hlavě (Praško, 2004, s. 28).

Dalším příznakem deprese je pocit „prázdná v hlavě“. Myšlení se zpomaluje. Dále tlak na hrudi, sevření hrudi. Pacient má pocit, že nemůže dýchat. Tento stav je velice nepříjemný a trýznivý. Souhrn těchto stavů pacient považuje za příznaky nějaké tělesné nemoci, ovšem s odezněním depresivní epizody, tyto pocity ustanou. Tělesné příznaky deprese vedou k častějšímu se zabýváním o své fyzické zdraví. V depresivní fázi, ale pacienti vidí i lehké tělesné projevy velmi tragicky. Soustředí se na každý sebemenší příznak, který si vykládají

jako příznak smrtelné nemoci. Nadměrné soustředění na tělesné příznaky zapříčiňuje, že pacient cítí i běžné, automatické funkce těla, kterých si dříve nevšímal. Tlukot srdce, trávicí pohyby žaludku apod. Tyto normální funkce lidského těla si začne vykládat jako příznak nějaké nemoci. (Praško, 2004, s. 28).

Depresivní osoby mají problémy v mezilidských vztazích. Někteří nejsou spokojeni ve svých partnerských soužitích, někteří se necítí dobře, pocítují úzkosti ze styku s cizími lidmi. Většina pacientů se neumí prosadit, říct „ne“. Cítí nedostatek lásky a osamělost, i když se sami od ostatních izolují. Největším problémem depresivních stavů je závislost na druhých. Mnoho pacientů jsou závislí na hodnocení od druhých, nedokáží sama sebe odměnit, pochválit se a očekávají, že odměna přijde zvenčí. Potřebují nadměrnou chválu, povzbuzení a nesnesou kritiku, či odmítnutí. Nedokáží si zorganizovat svůj program, ale očekávají, že to za ně udělají druzí (Praško, 2004, s. 28).

O pacientech v depresi existuje mnoho předsudků. Někteří si myslí, že nemocný může jednoduše zapnout vůli a sebrat se. Mnoho pacientů se o to snaží a bohužel bezvýsledně, takové naléhání nemocného jen posiluje v jeho pocitech viny. Dalším mýtem je to, že si někteří myslí, že deprese znamená, že osoba jí trpící je slabá a neschopná. Toto si můžou myslet pouze primitivní lidé. Deprese je nemoc, která po úspěšné léčbě odezní. Nevede k poklesu inteligenčních schopností. Rodinní příslušníci si mohou myslet, že depresi někdo zavinil. Toto není pravda. Stres okolo různých událostí v životě člověka může u labilní osoby depresi spustit (Praško, 2004, s. 29).

### 1.3.3. Relaps

Jde o návrat akutních příznaků epizody nemoci. Herman (2004) uvádí: „Podle statistik má bipolární porucha vysokou frekvenci relapsů. Nová fáze nemoci postihne přibližně 60 – 80% pacientů během prvního roku po odléčení epizody bipolární poruchy, pokud neužívají preventivně léky.“ (Herman, 2004, s. 21). Pokud pacient snižuje léky, nebo dokonce je vysazuje, je riziko relapsu vyšší. Jestliže je preventivní léčba přerušena příliš brzy, prodělá relaps téměř každý pacient. Je důležité, aby měl pacient ke svému lékaři vztah o důvěře a nebál se mu svěřit s pochyby o své léčbě. Příchod relapsu provází řada varovných příznaků, je důležité jim věnovat pozornost.

Po léčbě bipolární poruchy nastává stav stabilizace. Podle Hermana (2004): „Ke stabilizaci dochází u 80% pacientů do šesti měsíců od počátku léčby; u 60% dochází k významnému zlepšení psychické stability dokonce již do 4-6 týdnů od počátku léčby.“

(Herman, 2004, s. 21). Pacient v období stabilizace se cítí dobře, navrácí se do původního života a na stavy, které zažíval, má zapotřebí zapomenout. Ovšem v tomto období dochází k mnoha chybám, které mohou ohrozit další průběh nemoci a život pacienta. Čím dříve se relaps zachytí, tím kratší dobu trvá, anebo nemusí propuknout vůbec. Způsoby, jak zabránit relapsu, lze rozdělit takto:

- **Snížit vulnerabilitu** – Zranitelnost, která je již biologického charakteru, lze snížit pravidelným užíváním léků. Medikace léčí projevy poruchy a jejich užívání snižuje riziko relapsu. Někteří pacienti, kteří se cítí již uzdravení, nechtějí dál užívat léky. Jenže pokud tak učiní, relaps nastane v období týdnů, až měsíců u 60-80% z nich. Důležitá je také doba, po kterou pacienti léky užívají. „*U pacientů, kteří prodělali první epizodu, doporučujeme užívat léky po dobu 1 až 1,5 roku, po prodělané druhé epizodě se doba prodlužuje na 3 roky a v případě, že pacient prodělal 3 a více epizod, je vhodné léky užívat dlouhodobě, často trvale.*“ (Herman, 2004, s. 23). Stabilizátory nálady snižují vulnerabilitu nervového systému, zabrání relapsu a prodlouží stav bez příznaků nemoci. Důležitá také jsou psychosociální opatření. Jde o psychoterapii, rehabilitaci, návštěvu chráněných dílen.
- **Snížit špatný vliv okolí** – Mezi rizikové faktory, které mohou zapříčinit relaps, zahrnují negativní životní události (ztráta práce, rozchod, rozvod, zkoušky ve škole), ale i pozitivní životní události (narození dítěte, náhlé zbohatnutí), užívání drog, spánková deprivace (cestování, příprava na zkoušku), problémy v rodině, neuspořádaný životní styl, nebrání léků, změny ve vztazích. Někdy také přehnaný zájem okolí o pacienta, může zapříčinit relaps. Důležité je, aby měl pacient smysl svého života, věděl, kam patří, ke komu a vztahy s okolím měl ujasněné. Prázdnota a nestrukturovanost v životě pacientův stav horší.
- **Včas rozpoznat začátek relapsu** – Počátek relapsu je charakterizovaný varovnými příznaky. Jejich brzké rozpoznání, může relaps zastavit. Pacient a jeho blízké okolí, jsou schopni sestavit seznam individuálních příznaků, které pacient zažívá před nastávajícím relapsem. Je důležité je podchytit, zahájit odpovídající léčbu a k relapsu dojít nemusí (Herman, 2004, s. 26).

Pokud k relapsu i přes všechny snahy dojde, nesmí být koncem snažení o zvládnutí nemoci. Pacient by měl ihned informovat svého lékaře, snížit stresory ve svém okolí, zrušit všechny rizikové činnosti, důvěřovat svým nejbližším (Herman, 2004, s. 28).



U pacienta nemocného bipolární poruchou může nastat porucha kontaktu s realitou. Je důležité, aby si pacient určil člověka ze svého blízkého okolí nebo ošetřujícího lékaře, který by mu pomohl ho ujistit o správném úsudku na pohled věci. Musí ovšem jít o důvěryhodného člověka, kterému pacient věří. Takovým jednáním může být zlepšen průběh nemoci a může být zastaven případný relaps. Důležité také je, aby si rodina vytvořila krizový plán, jak postupovat, pokud se relaps nemoci projeví. Krizový plán rodiny zahrnuje telefonní čísla pro nouzové volání, do kterého psychiatrického zařízení pacient spadá podle svého bydliště, jak může rodina sama upravit medikaci v případě zhoršení, nevnímat relaps jako konec všeho snažení. Je nutné, aby si rodina nastavila meze, které u manické epizody nebo depresivní epizody nelze překročit, a kdy je nutná hospitalizace. Většina relapsů, ale nemusí končit hospitalizací. Také není třeba nemocného úzkostně sledovat, jelikož to nedělá dobře ani jedné straně. V rodině nastává dusná atmosféra a to spíše může zapříčinit počátek relapsu. Nejlepším krokem je o všem diskutovat a dospět k určitému kontraktu mezi rodinou a pacientem (Herman, 2004, s. 28).

#### **1.4. Mánie a ADHD**

Zkratka ADHD znamená Attention Deficit Hyperactivity Disorder, česky porucha pozornosti s hyperaktivitou. Dělí se na tři subtypy. ADHD s převažující poruchou pozornosti, ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a kombinovaný typ. Nejvíce zastoupený v populaci bývá poslední zmíněný, tedy kombinovaný typ. Má za následek potíže s pamětí, roztržitost, netrpělivost, neschopnost něco zorganizovat, chaotičnost, prokrastinace, psychomotorický neklid, vnitřní neklid. Osoby s ADHD také jednají rychle, ukvapeně, nevydrží čekat, jsou impulzivní.

Syndrom ADHD je vrozený, oslabuje některé funkce v mozku, které souvisí s udržením pozornosti, sebeovládáním a plánováním. Je také snížena aktivita dopaminu a serotoninu. Rizikovými faktory pro vznik syndromu jsou dědičnost a vliv prostředí. Syndrom ADHD se v průběhu života mění a vyvíjí. Největší vliv na jedince má jeho nejbližší sociální prostředí (rodina), také širší sociální prostředí (kamarádi) a školská zařízení (Žáčková, Jucovičová 2017, s. 25).

Projevy manické fáze mohou být velice shodné s projevy hyperaktivity. Například zrychlená řeč, hyperaktivita, podrážděnost. Žít s ADHD není vůbec jednoduché. Ovšem hyperaktivitu lze snést, pokud se dodržují určité zásady. Soustředit se na své sebepoznání, to znamená přijmout sám sebe, takového jaký jsem, pracovat na svých nedostatcích. Dále

emočně se nevyčerpávat, pracovat se stresem, mít se rád. Důležitá je také podpora okolí. U manické fáze léčba vyžaduje farmakologii a odbornou pomoc (Lásková, 2016, s. 36).

Komorbidity bipolární poruchy s ADHD se vyskytuje u 40-90% nemocných. Někteří pacienti jsou diagnostikováni v období puberty, kdy se nedá přesně určit, jestli se jedná o bipolární poruchu, ADHD nebo jen jde o toto věkové období. Pokud dítě trpí bipolární poruchou, projevy jeho nemoci jsou spíše manické. To nahrává záměně BP s ADHD. Špatná diagnóza zhoršuje dopad onemocnění a zpomaluje léčbu (Paclt, 2007, s. 167).

### **1.5. Dopad bipolární poruchy na okolí pacienta (rodina, partneři)**

Podle průzkumů, šest pacientů s bipolární poruchou z deseti žije osamoceně. Ostatní se rozvádějí mnohem častěji, než je tomu u zbytku populace. 93 % partnerů takto nemocných lidí si stěžuje na pocity úzkosti a podle závažnosti nemoci i na další duševní útrapy. Partner pacienta s bipolární poruchou se obvykle snaží pomoci, projde si několika fázemi, jakmile pochopí, že jde o diagnózu a chorobu. Postupně pocítuje k svému nemocnému partnerovi obdiv (za to jak bojuje se svojí nemocí), empatii a soucit (vžívá se do jeho utrpení), pak ale přichází pochybnosti (partner mu není nikdy oporou, je spíše jako velké dítě, které se musí hlídat), následně přichází sklíčenost a vyčerpání. Rodina pacienta žije v neustálé pohotovosti, v období mánie se snaží minimalizovat škody, které nemocný člověk nevědomky způsobuje (půjčení peněz, utrácení, nesplněné závazky), zároveň se potýkají s jeho výkyvy nálad. Pacient je v období mánie ke své rodině kritický, popudlivý, necitlivý a někdy i agresivní. Proto je naprosto nezbytná spolupráce s lékařem, odpovídající léčba, a pokud má partnerství takto nemocného člověka vydržet, musí i pacient pochopit, že je nemocný a potřebuje pomoc a tuto pomoc neodmítat. Dalším problémem partnerských vztahů s takto nemocnými lidmi v období mánie spočívá v jejich někdy i promiskuitním chování. Dochází k nevěrám, naruší se důvěra a partner má často pocit, že žije s úplně „jiným člověkem“. K tomu se ještě mohou přidat další přidružené problémy, například alkoholismus. U pacientova partnera se často rozvine reakční deprese a sám potom také potřebuje pomoc a péči. Dalším problémem jsou děti, které jsou nejvíc zranitelné. Vzhledem k tomu, že dítě těžko chápe, co se vlastně doma děje, je velmi důležité mu všechno srozumitelně vysvětlit. Musí chápat, že je rodič nemocný a jeho chování, je tedy ovlivněno touto chorobou, a že tedy nejde o nedostatek lásky, a že tu není žádný viník. Děti reagují na nemoc rodiče podle svého vlastního založení a charakteru, podle svého věku a zralosti. Některé děti mají snahu „starat se“, přebírají zodpovědnost za nemocného, předčasně dospějí. Jiné děti (zvláště dospívající), mohou naopak nemoc popřít a odmítnou brát na

nemocného ohledy. Každopádně život dětí v rodině s nemocným má narušený denní řád. Chování rodiče i druhého stresovaného partnera dítě traumatizuje. Může se cítit bezmocné. V nejhorším případě se mu zhorší prospěch ve škole nebo chování a potřebuje pomoc psychologa (Gay, 2010, s. 85).

V rodině pacienta se objevují tyto pocity a reakce:

- **Stud a strach z reakce okolí** - Rodina se stydí za pacienta a jeho chování.
- **Sebeobviňování** – Zdravý partner si dává za vinu propuknutí nemoci, hledá chybu u sebe, obviňuje se za hádky v rodině, dále se obviňuje, že pro svého partnera neudělal dost (nedal mu dost péče nebo lásky), také má pocity viny z toho, že se mu vrací myšlenka na ukončení vztahu.
- **Zlost** – Pramení z vyčerpání, zdravý partner má pocit, že je na všechno sám, a že nemocný se nesnaží, někdy se zlost obrací proti lékařům, pacient je nevhodně léčen, může mít vztek i na sebe za to, že se vůbec do té situace dostal, a že chování nemocného akceptuje. V této fázi je nutné vyhledat psychologickou pomoc.
- **Strach** – První reakce na onemocnění, okolí pacienta nechápe, co se s ním stalo, nechápe změny jeho chování, bojí se o děti o sebe, že pacientův stav se nezlepší, strach vychází často s neinformovaností, nejlepší řešení, jak zahnat strach, je navštívit lékaře a co nejvíce se informovat o nemoci.
- **Bezmoc** – Zdravý partner se cítí, že situaci nemá pod kontrolou, neví jak se má chovat, jak nemoc partnera zvládnout. Jeho láska a snaha pomoc na nemoc nestačí, cítí se zklamaný.
- **Trvalá úzkost** – Je mnohem víc škodlivá než strach, protože se vleče, trvá dlouho, vyčerpává. Pokud je partner svým založením úzkostlivý, může tento dlouhotrvající stav zcela zničit jeho zdraví (Gay, 2010, s. 52).

Partneři a rodina nemocného reagují na propuknutí nemoci různě:

- **Popření problému** – Partner nemocného člověka si určitou dobu vůbec nechce připustit, že jde o nemoc a že je nutná léčba.
- **Zlehčování problému** – Partner už si připouští, že problém existuje, ale snaží se ho zlehčit a popisuje ho jako nepříliš závažný. Tímto způsobem se jedinec chrání před beznadějí a bolestí.
- **Agresivita** – Často je to reakce na zvýšenou agresivitu pacienta. Někdy vychází z vyčerpání a beznaděje zdravého partnera. Pokud jsou tyto projevy příliš silné, je to znamením, že dotýcný situaci nezvládá a potřebuje pomoc.

- **Odmítání** – Někdy dojde k ukončení vztahu, zdravý partner je vyhořelý, nemocného už nemiluje, změna životního stylu a další citelné změny narušily vzájemný vztah. Někteří zdraví partneři zůstanou, ale vybudují si tajný život (podnikají výlety a dovolené bez partnera, stýkají se se svými přáteli apod.).
- **Protichůdné (ambivalentní) pocity** – Zdravý partner nemocného miluje i nenávidí zároveň. Vyplývá to ze střídání naděje a beznaděje.
- **Přehnaně ochranné sklony** – Partner sleduje každý projev nemocného, hledá příznaky, snaží se partnera chránit, řídit, rozhodovat místo něho, ale tím mu zároveň škodí. Toto často dělají rodiče nemocných pacientů.
- **Racionalizace** – Na nemoc se svádí všechny problémy v partnerském vztahu, pacientův partner se tím zbavuje odpovědnosti, citová stránka se omezuje.
- **Obviňování** – Okolí pacienta hledá chybu v něm, pokoušejí se mu radit, ale v jejich radách je zároveň schovaná kritika, něco ve smyslu: musíš bojovat, nesmíš se tomu podávat apod. (Gay, 2010, s. 58).

## 1.6. Suicidalita u bipolární poruchy

*„Sebevražda je trvalým řešením dočasného problému.“* (Herman, 2004, s. 46).

Ošetřující psychiatr si je vědom rizika sebevraždy, která u pacienta hrozí. Jeho blízcí toto riziko sdílí s ošetřujícím lékařem. Rodina, která o pacienta pečuje, musí zvýšit ostrážitost a přijmout určitá opatření. Stává se však, že k sebevraždě dojde v době, kdy to nikdo nečeká. Nejvíce brzy ráno, kdy pacient cítí silnou úzkost. Rodina pacienta, který spáchal sebevraždu, cítí vinu, že nebyli v dosahu a lékař prožívá pocity zlosti, lítosti, zrady a smutku (Gay, 2010, s. 107).

Podle Látalové (2015) *„25 – 50% bipolárních pacientů se během svého života pokusí alespoň jednou o sebevraždu, a že 8 – 19% sebevraždu úspěšně dokoná.“* (Látalová, 2015, s. 49).

Pacient prožívající sebevražednou ataku nedokáže povolat své ochranné mechanismy. I když to navenek není znát, tak trpí a je zranitelný. Předvídat hrozící sebevraždu u pacienta je velmi těžké. Blízcí pacienta, by měli mít přístup k informacím o příznacích blížící se sebevraždy. Také je velmi důležité být v kontaktu s ošetřujícím lékařem. Mezi alarmující znaky patří:

- Projevy (slovní, písemné, tělesné) které svědčí o závěru vzít si život. Pravdou je, že ne všichni, kteří o sebevraždě mluví, ji chtějí skutečně spáchat, ale většinu dokončených sebevražd předcházely sebevražedné úvahy;

- dřívější pacientovy pokusy, které byly míněny vážně (oběšení, utopení, zastřelení);
- škodlivé pocity a stavy (ranní úzkosti, pocit selhání, méněcennosti, utrpení, střídání mánie a deprese v rychlých cyklech);
- přidružená porucha osobnosti (hraniční porucha osobnosti);
- agresivita;
- závislost na návykových látkách;
- sebepoškozování;
- náhlé zlepšení stavu.

Tyto znaky nejsou přímo sebevražedné příznaky, spíše se jedná o projevy depresivních stavů. Je důležité, aby pacientovo okolí bylo ostražité. Mělo by se k pacientovi chovat laskavě, naslouchat, být s ním, podporovat ho. O všem by měl být informovaný psychiatr, který musí zvážit riziko sebevraždy a jednat tak, aby pacient i jeho blízcí byli chráněni. O možnosti hospitalizace někdy musí ošetřující lékař rozhodnout i bez souhlasu pacienta, jelikož ten v depresivních stavech nemůže objektivně zhodnotit svou situaci. Člověk rozhodnutý spáchat sebevraždu, je schopen předstírat zlepšení. Jindy jeho čin není předem promyšlen, ale stal se následkem nesnesitelného utrpení (Gay, 2010, s. 110).

Praško (2004) tvrdí že: *„Bezprostřední hrozba sebevražedného jednání opravňuje podle našich zákonných norem poskytnutí pomoci a léčby i proti vůli nemocného.“* (Praško, 2004, s. 87). Někdy je zapotřebí nemocného hospitalizovat nejen proto, že ohrožuje sebe, ale že ohrožuje své okolí (Praško, 2004, s. 87).

Depresivní pacient vykazuje sebevražedné příznaky, ovšem to nevede k hospitalizaci, jinak by všichni depresivní pacienti byli hospitalizováni. Lékaři se u rozhodování, co s takovým pacientem opírají o vlastní zkušenosti, prostředí a osobnost pacienta, jeho rodinné zázemí nebo o vliv omamných látek (Gay, 2010, s. 110).

Podle Látalové (2015): *„Udržovací léčba pomocí lithia nebo antikonvulziv je pro prevenci suicidálního chování u pacientů s afektivními poruchami základní.“* (Látalová, 2015, s. 52). Psychosociální intervence spojená s pravidelným užíváním léčiv, pomáhá stabilizovat průběh bipolární poruchy. Kognitivně-behaviorální terapie v kombinaci s užíváním léčiv je prevencí suicidálního chování. Neexistují studie, které by dokazovaly, jaký má vliv psychoterapie na sebevražedné chování pacientů. Psychoterapie je spíše zaměřená na prevenci dalších sebevražedných pokusů, proto je léčba pacientů se suicidálními sklony pro psychoterapii výzvou (Látalová, 2015, s. 52).

Psychosociální intervence pomáhá snižovat depresivní projevy nemoci, utužuje pacientovi osobní vztahy a zlepšuje celkově pacientův stav. Důležitá je také terapie

orientovaná na rodinu. Nácvik komunikace, nácvik řešení problémů může snížit suicidální úvahy. Pro celkovou prevenci sebevraždy u pacientů s BAP je nejvýhodnější spojení farmakoterapie a psychosociální intervence (Látalová, 2010, s. 85).

## 1.7. Léčba

Bipolární porucha se léčí s použitím více druhů léčebných postupů. Skládá se z farmakologické léčby, biologické léčby a psychosociální léčby (psychoterapie, rehabilitace). Která z těchto druhů léčebných postupů sedí lépe, se určuje podle konkrétních potřeb pacienta (Doubek, 2011, s. 26).

Bipolární porucha je onemocnění na celý život. Aby nemocný mohl správně fungovat, je nutná dlouhodobá léčba, která je rozdělena na několik částí:

- **Akutní léčba** – Léčba stavů mánie či deprese až do normálního fungování. Trvá obvykle několik týdnů. Dřívější začátek akutní léčby zaručuje zlepšení stavu mnohem rychleji.
- **Udržovací léčba** – Cílem udržovací léčby je udržet náladu v mezích normálního fungování po odeznění fáze. Riziko návratu je v rozmezí půl roku po prodělané fázi. Je důležité užívat léky a nepřerušovat léčbu.
- **Preventivní léčba** – Pacient, který prodělal několik epizod deprese nebo mánie potřebuje dlouhodobě, preventivně užívat léky, jelikož hrozí riziko, že se epizody budou navracet i v budoucnu (Novák, 2008, s. 13).

Práce sociálního pracovníka s rodinou klienta je pro léčbu velmi důležitá. Pocit stabilního zázemí a jistoty je pro nemocné k jejich uzdravení klíčové. Vztahy v rodině mohou být komplikované. Někteří členové mohou trpět podobnými potížemi jako nemocný. K sociálnímu pracovníku se rodina může chovat jako k soudci nebo rozhodčímu – aby se rozhodl, kdo má pravdu v rodině a kdo ne. Sociální pracovník může pomoci v psychoedukaci jak klienta, tak jeho rodiny. Může vnést lepší světlo do otázek ohledně příčin a dopadů onemocnění, protože nebývá jako psychiatr úzce zaměřen na příznaky a jejich kontrolu. Tato práce s rodinou může probíhat skupinově nebo také individuálně v domácím prostředí (Probstová, Pěč, 2014, s. 73).

Komplexní léčba si bere za cíl odstranit příznaky onemocnění, zamezit rizikům relapsu, vrátit původní kvalitu života. Nejrychleji na pacienta působí léky, jenže ty také mívají nepříjemné vedlejší účinky (Praško, 2004, s. 48).

Bipolární porucha není vyléčitelná, ovšem psychiatr může vyléčit epizody onemocnění a zamezit relapsu dalších epizod (Herman, 2004, s. 52).

### 1.7.1. Farmakologická léčba

Základem léčby je podávání léků, které stabilizují výkyvy nálady a zamezují vzniku další fáze deprese nebo mánie. Cílem léčby této nemoci, je stabilizace nálady, proto léky, které pacient užívá, se jmenují „stabilizátory nálady“. Některé léky se užívají přímo na léčbu depresivní epizody, jiné na léčbu manické epizody. Každé léky mají schopnost vyvolat nežádoucí účinky. Nelze předem říci, u koho se objeví jaké účinky. Každá osoba na určitý lék reaguje jinak. Je důležité o všech nežádoucích účincích říct ošetřujícímu lékaři. Ten může nemocnému předepsat lék jiný (Doubek, 2011, s. 27).

K léčbě zejména mánie se užívají antipsychotika. Dělí se do dvou generací. Mají odlišnou chemickou strukturu a antipsychotika druhé generace nemají takové vedlejší účinky jako ty z první generace (Vavrušová a kol., 2004, s. 155).

Stabilizátory nálady mají různé působení na jednotlivé typy epizod. Nejznámější lék ze stabilizátorů nálady je lithium. Lithium léčí jak mánii, tak má i antidepressivní účinek. Jako jediný lék je účinný i na suicidalitu. Jeho nevýhody jsou v častějších vedlejších účincích oproti jiným preparátům. Podle Hermana (2003): „*Až u 75% pacientů léčených lithiem jsou přítomny vedlejší účinky léčby. Většina vedlejších účinků je mírná a mohou být dále zmírněny nebo odstraněny snížením dávky lithia nebo změnou dávkovacího systému.*“ (Herman, 2003, s. 19). Mezi nežádoucí účinky lithia patří: únava, pocit žízně, bolesti břicha, třes, zmatenost (Doubek, 2011, s. 28). Další léky, které jsou určeny jako stabilizátory nálady jsou antikonvulziva (lamotrigin, topiramát), valproáty, quetiapin (Doubek, 2011, s. 28). Stabilizátory nálady odstraňují výkyvy nálad, zaručují dlouhodobou stabilitu a zabraňují další manické nebo depresivní epizodě. Podáváním těchto léků by nemělo dojít k přejití do opačné epizody. Po kratší dobu se k léčbě deprese užívají antidepressiva a k léčbě mánie antimanika (Herman, 2004, s. 53).

Antidepressiva se užívají při léčbě depresivní epizody. Nedoporučuje se je užívat bez stabilizátorů nálady, jelikož by mohlo dojít k přesmyku do manické fáze (Novák, 2008, s. 14). Antidepressiva dělíme podle chemické struktury a účinku na neurotransmitérové systémy (chemická komunikace nervových buněk) do skupin. Nejvíce se užívají cyklická antidepressiva (klomipramin, dibenzepin, trazodon). Tyto antidepressiva mají vyšší riziko přesmyku v léčbě. Nejvíce se předepisují v současné léčbě selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Jsou to například fluoxetin, citalopram a escitalopram. Quetiapin je dalším lékem, který v léčbě depresivní epizody má účinnost. Antidepressiva také mohou mít vedlejší nežádoucí účinky. Patří mezi ně suchost v ústech, pocení, zvyšování tělesné hmotnosti, nervozita a zimnice (Doubek, 2011, s. 30).

Mánie se léčí za pomoci antimanik. Patří mezi ně již zmiňované lithium. Další antimanika jsou karbamazepin a vaproáty. Dalšími léky, které se užívají k léčbě mánie jsou antipsychotika (haloperidol, klozapin, quetiapin). Důležité je sledovat hladinu těchto léků v léčbě mánie (Doubek, 2011, s. 31).

Často v průběhu epizod doprovází nemocného poruchy spánku. Léčba poruch spánku závisí na lécích, které se nazývají hypnotika. Pomáhají pacientovi usnout a prodlužují dobu spánku. Používají se hypnotika ze skupiny benzodiazepinů, mezi které patří diazepam nebo flunitrazepam. V současné léčbě se nejvíce užívají hypnotika III. generace. Některá antipsychotika se sedativním účinkem se také mohou použít jako hypnotikum (Doubek, 2011, s. 32).

V ideálním případě pacient k léčbě bipolární poruchy užívá jeden lék. To se bohužel moc často neděje a pacient musí užívat kombinaci minimálně dvou léků. Užívají se kombinace stabilizátorů nálady, antidepresiv i antimanik. Je nutné, aby každý pacient sdělil svému ošetřujícímu lékaři všechny léky, které užívá (Doubek, 2011, s. 34).

### **1.7.2. Biologická léčba**

Biologický prostředek léčby je elektrokonvulzivní terapie (EKT). Je to léčba s největším účinkem v psychiatrii. Jde o průchod elektrického proudu mozkem, vyvolávající epileptický záchvat. Uskutečňuje se za pomoci elektrod, které jsou přiloženy ke spánku. V průběhu EKT je pacient v anestezii. Vinou negativní kampaně jsou elektrošoky v naší společnosti vnímány ve špatném světle. Je odsuzovaná bez hlubších znalostí celé terapie. Naopak pacienti, kteří s ní mají zkušenost, ji sami vyhledávají, protože je to účinná terapie depresivních stavů s minimem vedlejších účinků. Aplikuje se v sérii 4-6x. Za neúčinnou se terapie považuje, pokud ani po 12. aplikaci nezabrala. EKT se také užívá k léčení stavů neklidu v průběhu manické fáze. Nežádoucím účinkem mohou být krátké poruchy paměti, které mizí po 6-8 týdnech (Herman, 2004, s. 61).

### **1.7.3. Psychoterapeutická léčba**

Člověk trpící bipolární nemocí pociťuje strach, neklid, úzkost. Pokud například zažívá svou první epizodu, nemůže se spolehnout na sebe, na své zážitky z minulosti. Těžko se mu mluví o svých problémech a od ostatních se odcizuje. Cítí se, jako by ostatní lidé byli za průhlednou zdí. Psychoterapeutická podpora nemocnému dá pocit, že je v bezpečí, že může hovořit o svých problémech. Získá pocit „ochraňujícího prostoru“. V tomto prostoru může na terapeuta odložit své těžkosti. Psychoterapie si klade za cíl, aby nemocný porozuměl sám sobě, mohl se na sebe spolehnout a znovu získal vztah k druhým lidem.



Psychoterapie nastává v období po odeznění příznaků epizody. Těžištěm psychoterapie je podpora zdravých částí osobnosti. Tato terapie nemůže nahradit farmaceutickou léčbu, ale je velmi důležitou součástí léčby. Výsledky se dostavují déle než u léků. Psychoterapie napomáhá pochopit a přijmout nemoc, zvládat problémy, které v životě nastávají (v rodině, v práci), rozdělit zdravé prožívání od nemocného, najít způsoby jak překonat problémy nebo nastavit správné životní cíle. Úspěch v léčbě zaručuje pacientova motivace a dobrý vztah s terapeutem. Existují terapie individuální, rodinná a skupinová. Patří sem také psychoedukace. Důležitou technikou je rozhovor, ale také dramatizace, hraní rolí nebo nácvik dovedností (Doubek, 2011, s. 39). Psychoterapii poskytuje psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut. Sociální pracovníci, pokud si rozšíří své vzdělání a podstoupí psychoterapeutický výcvik, mohou také poskytovat psychoterapii. Psychoterapeutických směrů je mnoho, například hlubinná psychoterapie, behaviorální, kognitivní, komunikační, gestalt, existenciální, humanistická a další (Mahrová, 2008, s. 93).

Individuální psychoterapie si bere za cíl vytvořit opět důvěru v okolní svět. Navozuje přátelskou atmosféru, pocity přijetí a pochopení. Psychoterapeuta si pacient může volit svobodně. Je důležité, aby se s ním cítil spokojeně, aby mu mohl věřit a měl pocit, že ho terapeut bere takového jaký je. Pokud tyto pocity pacient necítí, může si najít jiného psychoterapeuta. V dlouhodobé spolupráci není dobré psychoterapeuta měnit. Pokud v jejich vztahu jsou nějaké nejasnosti, měli by se pacient i terapeut těmito nejasnostmi zabývat společně (Herman, 2004, s. 65). Praško (2004) říká: „*Terapeut neléčí, ale doprovází při léčbě.*“ (Praško, 2004, s. 56).

Skupinová psychoterapie pomáhá pochopit způsoby, jakými se k sobě lidé chovají, uvědomit si způsoby chování, které vedou ke stresu. Pomáhá pochopit, že druzí mohou prožívat podobné věci, jak se druzí se stejnou nemocí vyrovnávají se svým osudem, jak řeší každodenní situace. Skupinová terapie nepomáhá v těžké depresi nebo mánii. V takovém případě spíše zatěžuje. Po odeznění epizody může pomoci v začlenění se do kolektivu, navodit pocit, že ve svých problémech není sám. Složení skupiny obsahuje obvykle 8-12 osob. Nejčastěji ji vedou dva psychoterapeuti, nejlépe muž a žena. Sezení obvykle trvá 1,5 hodiny. Praško (2004) říká o skupinové psychoterapii: „*Cílem léčby je poznat souvislosti mezi chováním jedince, jeho problémy a nemocí a pak pomoci tyto vzorce změnit.*“ (Praško, 2004, s. 57).

Kognitivně-behaviorální terapie je podle Doubka (2011): „*Forma léčby zaměřená na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, odstranění úzkostného způsobu myšlení, úpravu vzorců neadaptivního chování a relaxaci.*“

(Doubek, 2011, s. 40). Tato terapie se zabývá zejména osobami dlouhodobě nemocnými. Přípravuje je na samostatný život. Postupy v KBT jsou: porozumění BP a jejím příznakům, učí plánovat aktivity, pomáhá v rozvoji komunikace a sociálních dovedností, pomáhá řešit životní problémy (Doubek, 2011, s. 40).

Do rodinné terapie mají někdy účastníci strach vstoupit. Představují si, že se bude hledat viník, kdo zavinil u pacienta jeho nemoc nebo nápravu rodinných příslušníků. Správná rodinná terapie se snaží urovnat vztahy v rodině, hledá rovnováhu pro všechny její účastníky. Klade si za cíl vyvíjet její členy a hledání porozumění. Pacient vracející se z hospitalizace potřebuje kolem sebe chápající rodinné prostředí. Jenže jeho nejbližší někdy si nejsou jistí jak se chovat, nejsou připraveni na projevy, které bipolární porucha přináší. Proto je pro ně psychoterapie důležitá, aby se mohli vyjádřit ze svých pocitů. Psychoedukace jim zpřístupní informace o této nemoci a mohou pak být lépe připraveni svému blízkému pomoci (Praško, 2004, s. 54).

Účinná léčba stojí na dostatečných informacích o bipolární poruše, jak u pacienta, tak u jeho rodiny. Doubek (2011) o psychoedukaci říká: *Psychoedukace je u bipolární poruchy terapeutickou technikou, jejímž hlavním úkolem je poskytnout nemocným a jejich příbuzným důkladné informace o povaze nemoci a možnostech její léčby.*“ (Doubek, 2011, s. 42). Rodina je pro pacienta oporou v jejich těžké situaci. Někdy nemocný přišel o své sociální návyky a v rodině se je snáze učí. Do psychoedukace se zejména zařazují pacienti po 2. epizodě nemoci. Někdy edukační program začíná již v nemocnici. Klade si za cíl upozornit zúčastněné na návrat obtíží spojených s bipolární poruchou, podpořit je v jejich nelehkém období. Je důležité naučit příbuzné jak rozlišit projev nemoci od osobnostních rysů pacienta. Tato podpora pomáhá rodině také v tom, že péče o nemocného není jen na nich samotných (Doubek, 2011, s. 42).

Pacient předtím než podstoupí psychoterapii, by se měl zamyslet nad některými otázkami, které pro něj v budoucí léčbě budou důležité. Například o jaký druh terapie se bude jednat a jaký je její cíl, jak dlouho sezení trvá, jak často sezení budou, kdy ucítí vliv terapie a jestli terapeut má zkušenosti s prací s lidmi s BP (Praško, 2004, s. 54).

## 2. Sociální práce s klientem s bipolární poruchou

Sociální práce obecně znamená poskytování sociálních služeb klientům (ohroženým jednotlivcům, rodinám, skupinám, komunitám). Sociální pracovníci se snaží těmto klientům pomoci s jejich problémy, zlepšit jejich celkovou situaci, případně jejich sociální poměry. Zároveň musí sociální pracovník najít rovnováhu mezi požadavky společnosti a potřebami klienta. Sociální pracovníci řeší situace svých klientů po stránce ekonomické, psychologické, zdravotní i právní. Zároveň musí ke každému klientovi přistupovat individuálně, brát v úvahu jeho konkrétní situaci, jeho zdravotní stav, rodinné zázemí a další vlivy, které ovlivňují jeho život (Mahrová, 2008, s. 9).

Sociální práce s nemocnými bipolární poruchou je vždy individuální. Mahrová (2008) říká: „*Původ individuální sociální práce je v USA. Za její zakladatelku je považovaná Mary Richmond.*“ Dále říká: „*Za hlavní metody sociální práce Mary Richmond považovala intervenci do klientova prostředí (tzv. nepřímou metodu) a rozvoj pevného vztahu se sociálním pracovníkem, který vede klienta k aktivitám a rozhodnutím (tzv. přímá metoda).*“ (Mahrová, 2008, s. 19).

Do péče o duševně nemocné se zapojují lidé z jejich okolí (rodina, přátelé) a dále pracovníci z různých zařízení a organizací. Sociální pracovníci kontaktních a sociálních center můžou těmto nemocným pomáhat k návratu do běžného života (po hospitalizaci), dále jim pomáhají řešit sociální i jiné problémy, které jim jejich nemoc přináší. Je třeba, aby sociální pracovník při práci s duševně nemocným respektoval etický kodex, do kterého patří respektování hodnoty a důstojnosti jeho klienta (Mahrová, 2008, s. 20).

Je však nutné podotknout, že sociální pracovník není vůbec v jednoduché pozici. Jeho služby těmto klientům jsou vlastně zdravotně – sociální, potřebuje tedy i informace o jejich zdraví. Přitom k jejich zdravotní dokumentaci nemá přístup. Proto je důležitá spolupráce celého týmu (psychiatra, lékařů, psychologa), aby nebyl sociální pracovník v nevýhodě (Probstová, Pěč, 2014, s. 183).

Sociální pracovník se setkává s osobami s bipolární poruchou v přímo jejich běžném prostředí, kde žijí. Ví proto často lépe, než jeho lékař nebo psycholog za jakých podmínek nemocný funguje, jak realizuje své možnosti, jak skutečně reaguje na různé stresové podněty a jak řeší konkrétní problémy. Nevychází tedy jen z názoru klienta a jeho popisu situace, ale přímo z reality. Může tedy zmapovat jeho zdravotní i sociální potřeby, zjistit co pacientovi skutečně chybí, co potřebuje a co se musí řešit na prvním místě. Pomoc sociálního pracovníka je tedy pro pacienta s bipolární poruchou nezbytná. Zvláště pokud pacientovi

nefunguje rodinné prostředí dostatečně spolehlivě, může být sociální pracovník jeho největší podpora v zařazení do společnosti a úlevou v jeho utrpení (Probstová, Pěč, 2014, s. 173).

Pro práci s klienty s duševním onemocněním se v sociální práci často používá case management. Jde o koordinaci sociální práce pro klienta jedním pracovníkem, který se nazývá case manager. Ten provádí plán péče, koordinuje péči pro klienta vhodnou přímo jeho osobě a spolupracuje s ostatními pracovníky z pomáhajících profesí (Mahrová, 2008, s. 135).

## **2.1. Možnosti pomoci**

Pacienti s bipolární poruchou někdy vyhledají pomoc sami, jindy hledá pomoc jejich rodina nebo přátelé. Prvním místem pomoci bývají často nízkoprahová zařízení. Jejich pracovníci mohou klientovi doporučit návštěvu ambulance nebo kontaktního centra. Klient často potřebuje podporu a pochopení, někdy je potřeba udělat mu doprovod a také mít trpělivost s projevy jeho nemoci (vzteky, popírání a apatie). Sociální pracovníci musí být připraveni, že tito pacienti nemusí plnit jejich představy, ani se řídit jejich radami. Přístup k nim musí být vždy individuální (Mahrová, 2008, s. 45).

Některým pacientům může pomoci stacionární péče, kde se kombinuje pobyt v zařízení a pobyt doma. Tím nemocný neztratí kontakt s rodinou. Někdy je ale nutná hospitalizace, například v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně. Zde také pracují sociální pracovníci, kteří mají na starosti obnovovat sociální dovednosti a návyky a snažit se vracet pacienty k samostatnosti. Po případném propuštění z nemocnice, je někdy potřeba klienta dočasně umístit v některém doléčovacím zařízení. Je možné mu hledat chráněné bydlení. Sociální pracovník však nesmí zapomenout, že jeho klientem není jen nemocný člověk, ale celá jeho rodina. Spolupráce s nimi pomůže, jak nemocnému člověku, tak i jednotlivým členům rodiny, kteří jsou často pod velkou stresovou zátěží. Sociální pracovníci dále mohou pomoci svým klientům komunikovat s úřady, případně doporučit další zařízení a organizace (Probstová, Pěč, 2014, s. 75).

Hlavní možností pomoci je samozřejmě dobrý vztah mezi nemocným a jeho psychiatrem. Je důležitá důvěra na obou stranách. Pacient musí svému psychiatru věřit v medikaci nebo v doporučení hospitalizace. Rodina kolem pacienta by měla veškeré obavy nebo důležité informace sdělovat ošetřujícímu lékaři, který si tak dělá celkový obraz o svém pacientovi. Dobrý vztah a komunikace zaručuje lepší podmínky pro zlepšení stavu nemocného.

Pro dlouhodobě nemocné, jejichž nemoc zasahuje do všech oblastí jejich života, existují i další možnosti pomoci, o kterých musí sociální pracovník vědět a zprostředkovat jejich realizaci. Na místním úřadu je možné žádat o **pomoc v hmotné nouzi**, kdy se zjišťuje existenční minimum a posuzuje se situace konkrétní osoby a její rodiny.

- Životní minimum – minimální společensky uznaná hranice příjmů k zajištění výživy a základních potřeb;
- Existenční minimum – minimální hranice peněžních příjmů nutná k přežití.

Dále existují tzv. dávky pomoci v hmotné nouzi a to jsou například – příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc.

Časté řešení pro nemocné s bipolární poruchou, kterým nemoc zabránila soustavně pracovat, je invalidní důchod. Tímto se zabývá zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb. Invalidní důchod dostávají nemocní, u kterých poklesla schopnost jejich výdělečné činnosti nejméně o 66% (u částečného invalidního důchodu o 33%). Žádost o důchod posuzují posudkoví lékaři. Osoba v invalidním důchodu si může také přivydělávat, tento přivýdělek není nijak omezen (Mahrová, 2008, s. 55).

Pomoci se dá klientovi například ve vyhledání vhodného bydlení. Čím klient využívá co nejvíce samostatnou formu bydlení, tím pro něho lépe. Existují domy na půl cesty, chráněné byty s podporou asistentů nebo bydlení ve vlastním bytě s možným využitím asistenčních služeb (Mahrová, 2008, s. 130).

Formou rehabilitace pro klienty s BP je chráněná práce. Jde o chráněné dílny, kde klienti vyrábějí různé výrobky a dělají ruční práce za symbolickou odměnu. Další možností jak pracovat v chráněném zaměstnávání jsou resocializační kavárny. Klienti buď pár hodin denně obsluhují hosty za barem, nebo se starají o úklid. Po směně je jejich činnost zhodnocena sociálním pracovníkem. Pak je možné přechodné a podporované zaměstnávání, které je poskytováno v běžných firmách. Jde o interakci zdravých a léčených lidí. Přechodné zaměstnávání trvá většinou 6 měsíců před vstupem do nechráněného zaměstnávání. Podporované zaměstnávání je založené na tom, že klient se kdykoliv v případě potřeby může obrátit na svého asistenta, který mu pomůže zvládnout obtíže spojené s prací (Mahrová, 2008, s. 132).

## 2.2. Sociální služby pro osoby s bipolární poruchou

Sociální služby se obecně dělí na 3 oblasti:

- **sociální poradenství** – Dělí se na základní a odborné. Odborné sociální poradenství je zaměřené na cílové skupiny a je vhodné pro pacienty s bipolární poruchou;
- **služby sociální péče** – Zaměřují se na obnovení soběstačnosti klientů;
- **služby sociální prevence** – Má preventivně zabránit sociálnímu vyloučení osob, snaží se preventivně předejít sociálně negativním jevům.

**V našich podmínkách existuje 18 druhů služeb sociální prevence:**

1. Raná péče – Tato péče je určena pro děti do 7 let věku (zdravotní, duševní postižení), pomáhá rodině i dětem;
2. Telefonická krizová pomoc – v zásadě první pomoc v ohrožení života, může předejít sebevražednému jednání a může pomoci klientovi najít další zdravotní nebo sociální pomoc, pro pacienty s bipolární poruchou může být tato služba velmi důležitá;
3. Tlumočnické služby – v případě smyslových postižení;
4. Azylové domy – nejen pro matky s dětmi, ale i pro lidi v těžké životní situaci;
5. Domy na půl cesty – přestupná pomoc pro mladé lidi do 26 let;
6. Kontaktní centra – pro osoby závislé na návykových látkách;
7. Krizová pomoc – pomoc osobám v těžké životní situaci (může mít podobu terénní, ambulantní i pobytovou);
8. Nízkoprahová denní centra – pro osoby bez přístřeší, potravinový a hygienický servis (bohužel i sem někdy spadají pacienti s bipolární poruchou);
9. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež – jde o prevenci kriminality, drog apod.
10. Noclehárny – pro osoby bez přístřeší;
11. Služby následné péče – tato prevence je velmi důležitá pro osoby s bipolární poruchou, v případě že klienti ukončí léčbu, tak jim pomáhají s resocializací a snaží se o prevenci návratu nemoci;
12. Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi – řeší dlouhodobé krize v rodině;
13. Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory – pomáhají zvládat běžné životní situace a snaží se zabránit sociálnímu vyloučení;
14. Sociálně terapeutické dílny – pomáhají s pracovními návyky a dovednostmi;
15. Terapeutické komunity – pobytové služby (vhodné pro maniodepresivní pacienty);

16. Terénní programy – pracovníci aktivně vyhledávají problémové klienty (závislé na návykových látkách);
17. Sociální rehabilitace – pomáhá v dosažení soběstačnosti a posiluje návyky nutné k samostatnému životu;
18. Intervenční centra – pomáhá obětem domácího násilí, kontaktuje osoby ohrožené do 48 hodin od vykázání násilníka.

Sociální pracovník musí pacientovi pomoci vybrat si z okruhu služeb právě tu, kterou potřebuje a dále na něj dohlížet a pomáhat mu (Mahrová, 2008. s. 43). Každá služba je důležitá. Sociální pracovník by měl vybrat právě tu službu, která se pro určitého klienta hodí nejvíce. Pokud je osoba s BP v akutní krizi, není schopná odejít z domu, může využít telefonní krizovou pomoc. Pokud mu nevádí z domu odejít, může navštívit centrum krizové pomoci. Další důležitou službou je služba následné péče, která pomáhá osobám propuštěným z hospitalizace například s resocializací.

#### **Dále u nás funguje 14 druhů sociální péče:**

1. Osobní asistence - Terénní služba, nutná v případě tělesných, mentálních nebo smyslových postiženích;
2. Pečovatelská služba – možná pomoc pro pacienty s bipolární poruchou, jde o terénní službu v domácnosti;
3. Tísňová péče – telefonický kontakt s ohroženými lidmi;
4. Průvodcovské a předčitatelské služby – pro osoby se smyslovým postižením i duševním onemocněním;
5. Podpora samostatného bydlení – pomoc nemocnému, aby zvládl samostatně bydlet;
6. Odlehčovací služby – pro osoby se sníženou soběstačností;
7. Centra denních služeb – ambulantní péče, pravidelné denní docházení;
8. Denní stacionáře – celodenní programy, kombinují výchovné a sociálně-terapeutické činnosti;
9. Týdenní stacionáře – stejnou péči v pracovních dnech;
10. Domovy pro osoby se zdravotním postižením – celoroční pobytová služba;
11. Domovy pro seniory – tato péče pro duševně nemocné není vhodná;
12. Domovy se zvláštním režimem – určené pro seniory s duševními nemocemi;
13. Chráněné bydlení – pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností;
14. Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče – sociální pracovníci pracují v přímo psychiatrických léčebnách (Mahrová, 2008, s. 44).

Ve všech těchto službách se musí orientovat sociální pracovník, který pak nasměruje klienta s bipolární poruchou na ty služby, které jsou v jeho konkrétním případě na místě. Důležitá služba je pečovatelská služba, která nemocným s BP pomáhá v jejich domácnosti. Centra denních služeb jsou pro duševně nemocné velice prospěšná, jelikož klienti mohou přicházet, kdy potřebují, tráví zde svůj volný čas a mají jistotu náplně dne. Pokud klient nemocný BP už nezvládá bydlet sám je pro něj vhodný domov se zvláštním režimem. Klient, který je hospitalizovaný má možnost využít služby sociální péče přímo v nemocnici, kde pracují sociální sestry.

### **2.2.1. Organizace věnující se osobám s bipolární poruchou**

V Praze existují různé organizace, které se zabývají cílovou skupinou s duševní poruchou. Jde například o neziskovou organizaci Fokus (*viz příloha č. 1*).

Fokus vznikl v roce 1990 jako občanské sdružení. V roce 2016 se stal zapsaným ústavem. Jejich hlavním posláním je podporovat osoby, které mají zkušenosti s duševním onemocněním. Pro tyto osoby nabízí komunitní služby v jiných podmínkách, než nemocničních. Pomáhají zkvalitnit život lidem s duševním onemocněním poskytováním sociálních a zdravotních služeb. Dále vzdělávají veřejnost, podnikají v sociálních firmách, kde vytvářejí pracovní prostředí pro osoby znevýhodněné na trhu práce. Nabízejí pomoc v krizi v Centru Břevnov, poskytují psychoterapii v Denním sanatoriu Centra Břevnov, Tým podpory zaměstnávání pomáhá osobám najít si nebo udržet práci. Pro osoby bez možnosti svého bydlení poskytují komunitní i chráněné bydlení a také provozují centra denních aktivit a terapeutické dílny (O nás. [online]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/o-nas>).

Další organizací věnující se osobám s duševním onemocněním je ESET-HELP (*viz příloha č. 2*). Tato organizace byla založena v roce 1995. Jako organizace pečují o duševní zdraví a snaží se ho rozvíjet. Nabízejí svým klientům psychosociální poradenství, snaží se nemocným opět získat jejich sociální, psychickou a zdravotní stabilitu. Snaží se pomoci rozšířit jejich dovednosti v péči o sebe i o sociální fungování v sociálním prostředí. Cílem jejich služeb je dosažení spokojeného života klienta. Mezi jejich služby patří komunitní terénní tým, který podporuje své klienty v jejich domácím prostředí, dále poskytují podporu zaměstnávání, chráněné bydlení a centrum denních aktivit (ESET – HELP Komunitní péče o duševní zdraví [online]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/index.php#about>).



V Praze dále působí Denní psychotické sanatorium Ondřejov (viz příloha č. 3), které klientům nabízí různé podpůrné skupiny. Vzniklo v roce 1986. Má k dispozici multidisciplinární tým, který pomáhá klientům v různých odvětvích jejich života. Od května 2017 v Denním psychotickém sanatoriu funguje psychoterapeutická skupina, která je pro všechny, kteří jsou nemocní bipolární poruchou (O nás – Ondřejov. Ondřejov – Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov [online]. Dostupné z: <http://ondrejov.cz/o-nas/>).

BONA, o.p.s. (viz příloha č. 4) pomáhá lidem s duševním onemocněním opětovně se zařadit zpět do společnosti. Je to nezisková organizace, která vznikla v roce 1999. Nabízejí chráněné bydlení, podporují samostatné bydlení. Dále poskytují sociální rehabilitaci, kde klientům pomáhají v lepších sociálních a pracovních návycích a dovednostech (Základní prohlášení | BONA, o.p.s.. Novinky | BONA, o.p.s. [online]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>).

Mezi mimopražské organizace patří například občanské sdružení Iskérka (viz příloha č. 5), občanské sdružení Kolumbus (viz příloha č. 6), které se stará o práva duševně nemocných v České republice, ANIMA VIVA z. s. (viz příloha č. 7) poskytuje podporu osobám s duševním onemocněním v Moravskoslezském kraji a BAOBAB z. s. (viz příloha č. 8), který v Kladně pomáhá osobám s duševním onemocněním najít zaměstnání (Duševní nemoci - LideMeziLidmi.cz | Zdravotně sociální portál. Lidé mezi lidmi [online]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/servis/dusevni-nemoci>).

### **2.3. Sociální a ekonomické důsledky bipolární poruchy**

*„Podle údajů Světové zdravotnické organizace představuje bipolární porucha šestou příčinu zneschopňujících nemocí ve skupině osob od patnácti do čtyřiačtyřiceti let věku a zaujímá devátou příčku na pomyslném žebříčku v počtu let prožitých v invaliditě.“* (Gay, 2010, s. 45). Podle evropské studie (EMBLEM), která zahrnovala 3500 pacientů ze čtrnácti zemí, zjistila, že 42 % respondentů žije v partnerském vztahu a 72 % z nich zažívají negativní prožitky ve svém zaměstnání.

Sociální a ekonomické důsledky bipolární poruchy jsou neblahé. Zvýšené riziko nepříznivých důsledků má tyto důvody:

- Diagnóza není stanovena včas;
- stavy mánie a deprese mají silný průběh;
- nemoc má vleklý vývoj v důsledku často opakovaných epizod;
- nemoc a osobnostní rysy nemocného nejsou uspokojivě sledovány;

- formy nemoci cyklující bez remisí;
- často má pacient několik nemocí naráz, například závislost na alkoholu nebo poruchy osobnosti.

Pochopitelně osoby se střídáním stavů mánie a deprese mají problémy udržet si stálou práci. „*Pouze u 40 % pacientů dochází k příznivému vývoji a návratu do práce.*“ (Gay, 2010, s. 46). Ostatních 60 % čelí nezaměstnanosti. Většina pacientů s bipolární poruchou je v různém stupni invalidního důchodu. S tím souvisí snížení příjmů a zvýšení finanční závislosti. Jejich finanční nestabilita jim k psychické pohodě nepomáhá. Pacienti, kteří chtějí pracovat, mohou najít své uplatnění například v chráněných dílnách nebo pracovat na částečný úvazek. Pomáhá to nejen zlepšit jejich ekonomickou situaci, ale také jejich osamocení a mohou vyplnit prázdný den.

V manické fázi může pacient utrácet mnoho peněz, mít dluhy, komplikace způsobené pitím alkoholu nebo užíváním návykových látek. Tyto faktory ovlivňují nejen jeho, ale i jeho okolí. Je zapotřebí, aby jim byla poskytnuta pomoc (například dluhové poradenství) nebo psychiatrická rehabilitace (Probstová, Pěč, 2014, s. 70).

Trestné činy u bipolární poruchy jsou spojeny s blouznivými stavy nebo závislostní na návykových látkách. Jde o trestné činy jako například znásilnění, které je důvodem ztráty zábran a hypersexuality (Gay, 2010, s. 46).

## 2.4. Přístup k nemocnému

Rodina okolo pacienta má v boji s bipolární poruchou důležitou úlohu. Rodinné zázemí je pro pacienta oporou. Rodina ho dobře zná, a tak může rychleji rozpoznat ataky nemoci. Mohou mu pomoci s braním léků, s praktickými věcmi. Nemocný sám těžko rozpoznává, že se s ním děje něco špatně, že se blíží mánie nebo deprese. Rodina, která má objektivní názor, může včas zarazit relaps nemoci. Pokud pacient nemá jasné vnímání, neví co je skutečnost a nemůže se na sebe spolehnout, měla by mu v tomto ohledu jeho rodina pomoci v tom, že na ni se spolehnout může. Rodina by měla být o nemoci poučena, měla by si nastudovat příznaky mánie a deprese, být v kontaktu s psychiatrem (Praško, 2004, s. 65).

Rodina by ovšem neměla tolik zasahovat do pacientova života, nestylizovat se do role psychiatra, úzkostně ho nesledovat. Někteří pacienti s bipolární poruchou proto svou rodinu odmítají a necítí se s ní dobře. To závisí na osobnosti pacienta, na jeho vztahu s rodinou, na hloubce onemocnění (Gay, 2010, s. 101).

Pokud nemocný funkční rodinu nemá, může mu v jeho nesnázích pomoci sociální pracovník. Sociální pracovník může samozřejmě pomáhat i klientovi s funkčními rodinnými vztahy. Sociální pracovník se musí přizpůsobit možnostem a projevům klienta. Rozhovor a vztah mezi klientem a pacientem je jiný, pokud je klient stabilizovaný, v akutní krizi nebo atace. Práce s cílovou skupinou s duševním onemocněním je hodně různorodá a pestrá. Při navázání kontaktu klient nemusí spolupracovat, nechce se svěřovat, spolupracovat. Jindy je ochotný se zapojením do konverzace, zahrnuje pracovníka proudy slov a je těžké se v takovém projevu orientovat. Klienti s BP se fixují na věty, situace, opakuje stejné dotazy. Sociální pracovníci musí být vybaveni trpělivostí a chápáním, že klient se takto snaží komunikovat, jak nejlépe umí. Pokud klient mluví o svých bludech (má strach, že mu někdo otrávil vodu v kohoutku, myslí si, že ostatní mohou slyšet jeho myšlenky...), tak sociální pracovník nesmí říkat věty jako: To není pravda! Vy jste se zbláznil! To nemyslíte vážně! Klient si to bohužel opravdu myslí a věří svým bludům. Sociální pracovník by měl zvolit empatický přístup. Vcítit se do jejich situace, ale na druhou stranu projevit, že realitu vidí jinak, než klient. Klient se cítí v napětí, má strach. Sociální pracovník by měl v rozhovoru zmírnit jeho obavy zájmem o pochopení jeho stavů. Pacienti s bipolární poruchou mívají nízkou vůli řešit věci v jejich životě. Někdy jde i o osobní hygienu, stravu. Vypadá to, jakoby byli klienti líní nebo nedůslední, ale tyto projevy jsou připisovány jejich duševní nemoci nebo déletrvající hospitalizaci. V práci s nimi, se sociální pracovníci snaží tyto návyky měnit (Mahrová, 2008, s. 127).

V práci s lidmi s bipolární poruchou je důležité nastavit pravidelný životní rytmus, který má za cíl vyhnout se stresu a chaosu. Pokud odezní příznaky, sociální pracovník dále pracuje s klientem i s jeho rodinou na návratu do běžného života po prožité atace. Nesmí zlehčovat situaci a zároveň by měl chápat klienta bez výčitek. Je vzorem pro klientovo okolí. Klient v depresivní fázi potřebuje od svého okolí trpělivost a čas, podporu a pochopení, někdy možnost vyplakat se (Probstová, Pěč, 2014, s. 73).

Klient v rámci svého onemocnění potřebuje dostatek porozumění, potřebuje kontakt od svého okolí nebo od sociálního pracovníka. Potřebuje mít pocit, že je pro co žít, že má smysl bojovat s nemocí a nějakým způsobem fungovat. Naším přístupem k jeho osobě, můžeme ovlivnit jeho stav a klient se může posouvat v před v boji se svou nemocí.

### **3. Kazuistiky**

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala kazuistiky formou analýzy. Přes mého rodinného příslušníka jsem se dostala k níže vypsáním údajům. Informace o těchto osobách jsou lehce pozměněné v rámci ochrany osobních údajů, ale rodinné zázemí a projevy nemoci nebyly nijak upraveny. Cílem analýzy je doplnění poznatků z odborné literatury o skutečné případy osob s bipolární poruchou, jejich využití sociálních služeb a návrhy řešení jejich situace z hlediska sociální práce.

#### **3.1. Kazuistika č. 1**

##### **Osobní údaje:**

Jméno: Petr

Věk: 47

Rodinný stav: rozvedený

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: v invalidním důchodu 3. stupně

##### **Osobní anamnéza:**

Petr se narodil jako druhé dítě do rodiny s otcem zaměstnaným u vojska a matkou vyučenou švadlenou. Díky zaměstnání otce se často stěhovali. Po třech stěhování z různých měst, se usídlili v Praze. Petr měl na základní škole problémy se spolužáky, kteří ho šikanovali. Otec jeho a celou rodinu doma fyzicky i psychicky týral. Proto pokaždé, když se otec vrátil z pracovních cest, měl Petr ve škole špatné známky. Za tyto špatné známky ho otec mlátil hlavou o stůl, kopal do něj nebo ho zavřel do pokoje s tím, že přijde za hodinu ho zbít. Petr musel čekat v pokoji na svůj trest. Ve škole, ani u lékaře si nikdo modřin nevšímal. Jak jeho otec říkal: „Jsou to přece kluci.“ Ve 12 letech se Petr pokusil o sebevraždu. Jak sám později říkal, byl to spíše demonstrativní čin, aby už se něco změnilo. Díky tomuto skutku se ocitl pod vyšetřením psychiatrů, kteří mu diagnostikovali schizofrenii. Petr byl zatím poprvé hospitalizovaný v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Petr vystudoval střední průmyslovou školu. V průběhu puberty Petr kouřil, pil, netrávil čas doma. Ve 20 letech se seznámil přes svého bratra, který v tu dobu byl u církve Adventistů sedmého dne, se slečnou Lucií. Ta měla pocit, že Petrovi musí pomoci a proto ho navštěvovala v nemocnici, kde byl zrovna Petr znovu hospitalizovaný a psala mu dopisy. Později, když bylo Petrovi 22 let, se vzali. Mezitím se Petr dálkově vyučil kuchařem. Toto období bylo pro

Petra velmi šťastné. Měl naději do budoucnosti, našel si práci v hotelu jako kuchař, s manželkou cestoval a plánovali rodinu. Po narození dcery musel Petr pracovat 16 hodinové směny a stres ohledně dítěte zapříčinil relaps nemoci. Přestal docházet do práce, byl celý rok na nemocenské. Do zaměstnání se už nikdy nevrátil a dostal invalidní důchod. V tu dobu se jeho nemoc projevovala naplno. Byl velice paranoidní, venku si myslel, že mu motýli ukazují cestu, myslel si, že umí číst myšlenky. Po těchto událostech byl znovu hospitalizovaný, tentokrát ve Vojenské nemocnici na psychiatrickém oddělení. V nemocnici Petr strávil pár měsíců. Nakonec ho z jeho bludů vyléčili a Petr mohl být propuštěn. Později se Petrovi se střídali psychiatři, až konečně po pár letech získal dobrou doktorku, kterou má do dnes. Ta mu diagnostikovala bipolární poruchu. Po 25 letech v manželství, které bylo proložené epizodami nemoci ( nálada se Petrovi střídala někdy po hodinách nebo minutách), musela Lucie od Petra odejít. Petr ji tyranizoval výbuchy vzteku, prosazoval si vždy své, nenechal Lucii spát, potřeboval neustálou pozornost. Lucie se s Petrem rozvedla a vlivem jejího odchodu, nedostatku financí, špatném užívání léků a nátlaku ze strany otce, který tlačil Petra do soudních sporů s Lucií, se Petr zhroutil a sám nastoupil do Vojenské nemocnice k hospitalizaci. Tam ovšem zjistili, že jeho hospitalizace bude mít dlouhé trvání a převezli ho do Bohnic, kde je do teď.

### **Rodinná anamnéza:**

Petrův otec pochází z Moravy z velmi početné rodiny. Jeho otec byl tyran a také své děti bil. Matka jim brzy umřela a tak se museli všichni sourozenci starat o sebe. Petrův otec vystudoval vysokou školu a nastoupil k vojsku, kde měl hodnost podplukovník. Byl vždy výbušný, agresivní a cholerický. V jeho rodině se mnoho příbuzných upilo alkoholem nebo trpěli různými duševními poruchami. Z této rodové linie možná pochází Petrova nemoc.

Petrova matka pocházela také z Moravy, vyučila se jako švadlena a Petrova otce si vzala v 18 letech. Jako matka byla chladná, dávala vždy najevo, že má radši Petrova bratra a jak se Petr cítí, jí tolik nezajímalo. V manželství s Petrovým otcem si byli oba mnohokrát nevěrní. Bití a domácí násilí manželovi vždy odpustila za drahé oblečení a šperky. To, že od Petrova otce neodešla, ji Petr později vyčítal. Petrova matka zemřela v 56 letech na rakovinu.

Petrův bratr je o 2 roky starší. Vystudoval průmyslovou školu a později se živil jako stavař nebo jako dělník v automobilce. Ve 20 letech se stal závislý na drogách. V tu dobu poznal svou budoucí manželku, se kterou měl dvě děti. Po absolvování odvykací léčby, žil se svou ženou, která mu byla později nevěrná a následkem toho, se rozvedli. Jeho dcera měla

v průběhu puberty také duševní problémy. Slyšela hlasy, měla halucinace a musí do dnes užívat léky.

Petrova dcera studuje vysokou školu a žádné psychické ani fyzické obtíže nemá. V současné době pomáhá svému otci s jeho obtížemi a hledá mu sociální pomoc.

### **Zdravotní anamnéza:**

Petr má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu. Nyní jeho lékaři v Psychiatrické nemocnici Bohnice mají za to, že Petr trpí paranoidní schizofrenií. Hlasy, ani halucinace Petr nikdy neměl. Vždy trpěl výkyvy nálad, náhlými změnami stavu. Spíše byl více depresivní, než manický a jeho epizody se mu střídaly maximálně v rámci pár dní. Remisi onemocnění Petr neměl, spíše se mu jeho epizody cyklovaly. Zvládnutí nemoci Petr nepomáhal nadměrným kouřením, špatnou životosprávou a pitím alkoholu. Přes všechny tyto nedostatky Petr po fyzické stránce je zcela zdravý. Jeho ambulantní psychiatrická má za to, že jeho nemoc je chronická.

### **Aktuální stav:**

Petr je na tom nyní hodně špatně. Již 4 měsíce je hospitalizovaný v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Jeho stav se zatím nelepší. Střídají se mu pocity strachu, paranoia a bludné myšlenky. Po odchodu manželky a vidina prázdného bytu, který se bude muset prodat z důvodu porozvodového vyrovnání, má Petr pocit, že ho již nic nečeká. Další pacienti v nemocnici mu tvrdí, že bude nesvéprávný, a že v nemocnici zůstane napořád. Navíc prostředí nemocnice mu ke zlepšení stavu nepomáhá.

Při odchodu manželky Petr využil telefonní krizovou linku a jednou přišel do neziskové organizace Fokus. Měl z toho pocit, že je to stejně k ničemu. Ve svém životě Petr sociální služby nikdy nevyužil. K jakési „psychoterapii“ měl svou ženu a více podle něho nepotřeboval. O možnostech sociální pomoci mu řekla jeho dcera, která se snaží mu najít vhodnou službu.

### **Prognóza:**

Nejasná. U toho druhu onemocnění nejde nic předpovídat. Vše záleží na zlepšení Petrova stavu.

### **Návrhy řešení z hlediska sociální práce:**

Petr bude určitě potřebovat doprovod ze strany sociálního pracovníka. Navázat dlouhodobou spolupráci, aby mohl mít pocit důvěry, mít někoho kromě dcery, komu by se mohl svěřit. Už jenom v pobytu v nemocnici, by Petrovu stavu pomohlo, kdyby ho pravidelně navštěvoval někdo „z venku“. Tato spolupráce mezi Petrem a sociálním pracovníkem by mohla pokračovat i po návratu z hospitalizace. Mohla by mu pomoci s resocializací v zdravé společnosti.

Další možností řešení Petrovy situace, je možnost bydlení. Petr bude mít finance z prodeje pražského bytu, ale není jisté, jestli bude zvládat bydlet sám. Nebylo by na škodu zkusit například nějaké chráněné bydlení, a pokud si Petr koupí svůj nový byt, tak určitě bude potřebovat terénní komunitní tým, který mu bude pomáhat, s čím bude potřebovat.

Petr nikdy nevyužíval žádnou psychoterapii, ani nenavštěvoval podpůrné skupiny nebo denní stacionáře. Je důležité, aby měl nějaký cíl dne. Trávit čas doma sám jeho psychickému stavu nepomůže, proto by bylo dobré, aby zkusil docházet do chráněných dílen nebo center denních aktivit. Petr je malíř a v tomto ohledu je velice tvůrčí, takže tvorba uměleckých předmětů v chráněné dílně, by mu rozhodně svědčila. Vše ovšem záleží na zlepšení jeho psychického stavu.

### **3.2. Kazuistika č. 2**

#### **Osobní údaje:**

Jméno: František

Věk: 53 let

Rodinný stav: ženatý

Vzdělání: vysokoškolské

Zaměstnání: v invalidním důchodu 3. stupně

#### **Osobní anamnéza:**

František se narodil v rodině, kde vládla přísná pravidla a náboženské názory. Zejména otec byl přísný a prosazoval své názory nekompromisně. Matka byla hluboce věřící a často dětem vyhrožovala peklem a božím trestem, když zlobily. František byl nadprůměrně inteligentní a škola mu šla dobře, měl samé jedničky. Na střední škole a v pubertě začal mít lehké psychické problémy spojené s pocity viny. Probouzela

se u něj sexualita a zájem o dívky a jeho přísná nábožensky zaměřená výchova stála v cestě. Později přiznal, že kdykoliv myslel na sex, měl pocity provinění, pošpinění a bál se trestu. Začal mít také konflikty s otcem, který nepřipouštěl diskusi o ničem a vyžadoval striktní poslušnost. V tomto prostředí se František jen těžko osamostatňoval, měl deprese, úzkosti, ale stále ještě to bylo v "normě", školu zvládal a k lékaři nikdy nešel. Na vysoké škole poznal svoji budoucí ženu Moniku a začalo jeho šťastné období. Školu dodělal bez problémů, úzkosti ustoupily a podařilo se mu vymanit z vlivu autoritářské rodiny. Oženil se a postupně měli dva syny. František pracoval v nejmenované firmě, živil rodinu, a jak narůstal tlak a stres, začínal se pomalu hroutit. Nejprve přišlo období mánie, zvýšené aktivity pracovní i jiné. Zdánlivě příjemné dny se však postupně vyhroutily a přešly ve velké utrácení, alkoholové večírky a nakonec i nevěru. Františkova žena stále opakovala, že ho "nemůže poznat", že "tohle není on". V době, kdy už to vypadalo, že se manželé rozvedou, se však František definitivně zhroutil. Měl bludné myšlenky o Božím trestu, že si pro něho přijde ďábel. Byl plný úzkosti a upadl do deprese. Tato deprese byla tak hluboká, že František musel být hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici. Tam mu diagnostikovali bipolární poruchu. Po několika měsíční hospitalizaci, se jeho stav stabilizoval. Manželka se rozhodla, že s ním zůstane. František už ovšem nikdy nebyl takový jako dřív. Do práce se nevrátil a dostal invalidní důchod. V domácnosti nepomáhal a všechno nechával na své ženě. Děti si ho přestaly vážit. Ataky nemoci byly prudké a František musel být znovu hospitalizovaný. Rodinný život se rozpadl. Manželka sice s Františkem bydlet zůstala, ale spíše jako jeho sestra. Našla si přítele a žila svůj život. Pomáhala mu s financemi, s jídlem a s braním léků. Františkovi děti odešly z domu bydlet jinam a s otcem se stýkat nechtějí.

### **Rodinná anamnéza:**

Otec Františka byl vedoucím v továrně na výrobu výfuků do aut. Byl to přísný panovačný člověk, který nebyl zvyklý na odpor a každý musel dělat přesně to, jak si sám přál. Františkovi znepríjemňoval dětství a nenechal mu chvíli klidu. V takovém neustálém tlaku se Františkova křehká psychika začala hroutit.

Matka Františka byla učitelka na střední škole. Byla hluboce věřící. Pokaždé, když František provedl něco, co se matce nelíbilo, trestala ho vařečkou a vyhrožovala mu, že skončí v pekle. Matka byla velice psychicky labilní a stejná byla její sestra (Františkova teta). Zřejmě z matčiny strany jsou dědičné faktory onemocnění u Františka.



František ještě má sestru Annu a bratra Josefa. Oba sourozenci jsou po psychické stránce naprosto v pořádku.

Františkovi synové se za svého otce stydí a odmítají se s ním stýkat.

### **Zdravotní anamnéza:**

František má diagnostikovanou bipolární poruchu. Každý atak nemoci si vybírá svou daň. I v remisi, tento kdysi velmi inteligentní a kreativní člověk, začal vypadat zpustle, chová se podivínsky a někdy působí skoro dementně. Toto se střídá s prudkou aktivitou a bludy typu "Vyřeším problémy světa. Právě píšu dopis americkému prezidentovi, jak to má vlastně dělat atd." František má svého ambulantního lékaře a je pravidelně hospitalizovaný. Po fyzické stránce, je až na drobnosti zcela v pořádku.

### **Aktuální stav:**

V současné době je František velkou část roku pravidelně hospitalizovaný, zbytek času dochází do různých podpůrných skupin nebo se potlouká celé dny po ulicích bezcílně. Jeho žena hledá možnost jiného bydlení, dále není schopna soužití s ním ani v rozděleném bytě. Jeho synové se s otcem vůbec nestýkají a stydí se za něho. Jeho žena se vyjádřila ve smyslu, že nemoc jejího muže postupně "pohltila a změnila mu osobnost." Vyhledky na zlepšení prakticky nejsou, jediné v co může doufat je, že se začínají uklidňovat jednotlivé ataky a nejsou už tak silné, přešly spíš do chronického stádia.

### **Prognóza:**

Nejasná. Františkův stav je sice více méně stabilizovaný, ale vše se může změnit.

### **Návrhy řešení z hlediska sociální práce:**

Ve Františkově případě by nebylo špatné vyzkoušet sociální práci s rodinou. Manželka s ním už nechce bydlet, děti se za něho stydí. Samozřejmě nejde je do ničeho nutit, ale jeho děti by měly pochopit, že jejich otec má závažné onemocnění a stydět se není za co. František se vlivem svých manických bludů chová „divně“, ale stále z něho hovoří jeho nemoc. Urovnání vztahů v rodině, by Františkovi zajistilo stabilnější podmínky ve zvládání nemoci. Místo Františkových toulkách po ulicích, bych navrhla navštěvovat centra denních aktivit nebo denní stacionáře. V takových organizacích František pozná nové lidi se stejnými nebo podobnými obtížemi a jejich sdílení mu může ulehčit jeho trápení. Docházka do podpůrných skupin osob s bipolární poruchou je samozřejmostí.

### **3.3. Kazuistika č. 3**

#### **Osobní údaje:**

Jméno: Kamila

Věk: 20

Rodinný stav: svobodná

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: nezaměstnaná

#### **Osobní anamnéza:**

Kamila se narodila v Praze do rodiny otce pracujícího jako stavební dělník a matky zaměstnané ve státním sektoru. Kamila byla vždy klidné dítě. Jako jedináček, měla od rodičů veškerou pozornost a byla si toho vědoma. V dětství neměla s ničím problém, měla pár kamarádů a byla spíše uzavřená. Nastoupila na gymnázium a škola jí šla dobře. V období puberty u ní začaly nastávat komplikace ohledně jejího chování. Někdy byla velice úzkostlivá, stále plakala, aniž nebyl nijak vážný důvod, ještě více se od ostatních odcizovala a jak její matka o ní říkala, měla stále na obličeji jakousi „masku“. Začala mít pocity, že ji ve veřejné dopravě všichni sledují, že si o ní povídají. Ve škole se jí zhoršil průměr, ale okolí její chování stále připisovalo pubertálním projevům. V této době si našla Kamila přítele a upnula se na něj. Veškerý čas trávila s ním. Její úzkosti se přesunuly na jejich vztah, kdy měla stále strach, aby se nerozešli, aby jí přítel nebyl nevěrný. Neměla vůbec chuť se radovat. Její matka už o ní měla velký strach a tak jí vzala k lékaři. Ten diagnostikoval středně těžkou depresi a nasadil Kamile antidepresiva. Poté nastalo období klidu, Kamila se uklidnila, plnila povinnosti ve škole a zase vypadala „normálně“. Jenže v období maturit se její stav obrátil a Kamila se začala chovat úplně jinak. Chodila pít s kamarády, doma moc času netrávila, málo spala, s přítelem se začala odcizovat, na večírcích flirtovala s muži, začala být nevázaná, nespoutaná. Toto chování dospělo, až do bodu, že se Kamila zhroutila. Byla přijatá do PNB, kde jí byla diagnostikována bipolární porucha. Kamila se po pár měsících v hospitalizaci dala dohromady, s pomocí své rodiny později odmaturovala a nyní užívá léky a snaží se držet v klidu.

#### **Rodinná anamnéza:**

Otec Kamily pracoval vždy na živnost, aby uživil rodinu, bral mnoho zakázek na opravy a stavby domů. Proto doma mnoho času netrávil a neměl takový přehled o tom,

co se s Kamilou děje. V jeho rodině nikdo moc pocity a emoce neřešil, tudíž si myslel, že vše si v sobě musí člověk urovnat sám.

Matka Kamily je citlivější typ. Se svou dcerou měla vždy dobrý vztah, a proto její zásluhou se o Kamilu ještě včas postarali odborníci. V její rodině byly různé poruchy nálady, a proto možná Kamilina nemoc dědičně pochází z linie její matky.

#### **Zdravotní anamnéza:**

Kamile byla diagnostikovaná bipolární porucha. Zatím prožila epizodu deprese, která se postupně změnila do epizody mánie. Užívá stabilizátory nálady a její léčba se v současné době ještě stanovuje. Nyní prožívá období remise. Po fyzické stránce je zcela zdravá.

#### **Aktuální stav:**

V současné době Kamila po ukončení studia na střední škole je na úřadu práce a zároveň na neschopence. Chtěla by studovat dál, ale má strach o svůj zdravotní stav. Sociální služby zatím žádné nevyužila, ale její matka kontaktovala Eset-help a v dnešní době spolupracují se sociální pracovníci, jak fungovat dál. Kamilin stav je stabilizovaný a chce spolupracovat. Stále je se svým přítelem, který v jejích těžkých situacích byl s ní.

#### **Návrhy řešení z hlediska sociální práce:**

Kamila by měla nadále spolupracovat se sociální pracovníci. Je důležité, že ji maminka podporuje a pomáhá v hledání sociální pomoci. Určitě by měla navštívit podpůrnou skupinu, zaměřenou na nemocné bipolární poruchou, kterou pořádá Denní sanatorium Ondřejov. Vysokou školu nebo nějaký rozšiřující kurz by nebylo špatné zkusit, když ji studium baví. Odejít může vždycky. Tato nemoc vyžaduje od okolí nemocného velkou trpělivost a pochopení. To se Kamile naštěstí v jejím případě dostává.

### **3.4. Shrnutí kazuistik a interpretace**

Ve všech kazuistikách jsem zjistila, že tito klienti buď vůbec, anebo jen okrajově využili sociální služby. Petr z kazuistiky č. 1 je nemocný od svých 12 let a za celou dobu sociální služby nevyužil. Podle mne, jsou tyto služby pro klienty nemocné jakoukoliv duševní poruchou velice důležité. Už jenom přítomnost jiného člověka, který má na vše objektivní názor je zásadní. Aby se klientovi vedlo dobře, potřebuje mít stabilní léčbu, podstupovat psychoterapii a být zapojen do sociálního života. Pokud nemocný člověk nemá

rodinu, ani nikoho kolem sebe, je pro něj spolupráce se sociálním pracovníkem klíčová. Sociální pracovník je takový most, který pomáhá překlenout propast samoty a izolace vzniklé z duševního onemocnění.

František z kazuistiky č. 2 má problémy se svou rodinou. Vztahy v jeho okolí jsou vinou nemoci narušené. V rámci rodinné terapie, se tyto vztahy mohou zase zacelit a poskytnout Františkovi stabilní zázemí. Je důležité, aby si nemocný člověk nemyslel, že je na vše sám, že nemá důvod žít. Musí si uvědomit, že to je nemoc, která mu brání ve spokojeném životě a snažit se ji porazit. Jedním z článků porážení nemoci je sociální práce, v tomto případě práce s duševně nemocným klientem.

Kamila z kazuistiky č. 3 je teprve na začátku své cesty v boji proti nemoci, ale je důležité, že spolupracuje se svojí maminkou a přítelem, kteří ji chtějí pomoci a vyhledávají sociální služby pro ni vhodné. V jejím případě je také důležitá psychoedukace, která ji, i její okolí seznámí s nemocí a pomůže ji poznat svého „protivníka“, to je bipolární poruchu.

Ve všech třech případech je sociální práce s klienty v počátcích nebo žádná. Důležité je, aby měli nemocní a jejich rodiny v sociální práci důvěru a uznali, že v jejich případech je taková spolupráce důležitá. Z mé praxe v Esetu a Fokusu si myslím, že každý duševně nemocný člověk sociální pomoc potřebuje a spolupráce se sociálním pracovníkem je ke zlepšení jeho situace klíčová.

Z kazuistik vyšlo najevo, že nemoc dost často udeří svou silou nečekaně. U Petra je jasné, že měl v sobě určité predispozice k duševnímu onemocnění, ale nemuselo by se plně projevit, pokud by nebyl celé dětství týrán od otce a nepociťoval chlad ze strany matky. Možná by byl lehce náchylný po psychické stránce, ale dokázal by fungovat jako ostatní lidé. Z tohoto případu je vidět, že rodinná stabilita je k psychickému vývoji jedince důležitá.

Každý člověk tlak a stres z okolí zvládá jinak, je však nezbytné, aby se udržoval v psychické pohodě a dával na sebe pozor. Nemoc může přijít v okamžicích přepětí nebo může být vyvolána alkoholem a drogami. Pokud kdokoli na sobě pociťuje příznaky psychických poruch jako například neklid, nespavost, nerudnost, strach nebo paranoiu, měl by tyto příznaky brát na zřetel, zastavit se a hlídat svou psychickou stránku osobnosti. S tím souvisí i fyzická stránka. Dopřávat si kvalitní spánek, dobře se stravovat a zbytečně se neuvádět do stresu. Těmito způsoby je možné omezit propuknutí budoucí epizody onemocnění.

### 3.5. Diskuze

Z kazuistik jak už bylo řečeno, vyplynulo, že sociální pomoc u těchto klientů byla nízká. Když jsem se rozhodla psát tuto bakalářskou práci, myslela jsem si a měla jsem očekávání o větším zapojení sociální práce do života těchto osob. Tyto má očekávání splněna nebyla. I když sociální pomoc pro nemocné osoby bipolární poruchou je nezbytná, nebyla z různých, mě nejasných důvodů využita. Pokud bych měla hádat, řekla bych, že povědomí o sociální práci mezi těmito klienty bylo nedostačující. Podle mne, by každý psychiatr měl svému pacientovi poskytnout informace o sociálních službách, které se nacházejí v okolí bydliště pacienta. Někteří pacienti si možná myslí, že tyto služby jsou placené, jiní vůbec netuší, že takové služby existují.

Další možné řešení neposkytnutí sociální pomoci je odrazení od tohoto činu osobou, která klienta dostatečně nemotivovala, nebo nepřesvědčila k využití sociálních služeb. Z praxe vím, že najít si pomoc není jednoduché. Už vůbec jen přesvědčit sama sebe o tom, že pomoc potřebuji. Pokud se nemocný rozhodne najít si nějaké sociální služby, chce to dávku úsilí a vytrvalosti. Nemocný ve fázi deprese nemá vůbec energii vstát z postele, natož hledat si služby pro něho vhodné. Pokud se nachází ve fázi mánie, necítí se nemocný a nemá tedy potřebu si služby vyhledat. V literatuře je psáno, že je důležitá rodina a správný psychiatr, kteří nemocnému v těchto a jiných ohledech pomůžou. Ovšem v realitě se bohužel stává, že nemocný rodinu nemá, nebo jeho rodina není stabilní, a tak se takový člověk musí spoléhat sám na sebe. V hledání dobrého psychiatra, který by pacientovi vyhovoval, je zapotřebí také dávka štěstí. Sociální služby a pomoc pro nemocné bipolární poruchou jsou, ale jak jsem zjistila z kazuistik, nevyužívají je všichni, kteří by měli. Podpora od sociálního pracovníka je úlevou nejen pro nemocného, ale také pro celou rodinu a psychiatra, kteří vědí, že nemocný na své trápení není sám a má při sobě podporu v jeho těžkostech.

Ve většině literatury, kterou jsem měla k dispozici, jsem se dočetla o takových případech osob, kteří žijí normálním životem, nic je netrápí, a pak najednou do jejich života vstoupí některá epizoda nemoci, oni ji překlenou, žijí v relativním klidu, pak nastane další epizoda a tak dokola. Z takového popisu mě osobně nemoc nepřijde tak strašná, jako u pana Petra, kterému se epizody nemoci střídaly někdy i po hodinách. V literatuře se také dost často předpokládá, že nemocní mají rodinu a stabilní zázemí. Z praxe vím, že tito lidé většinou žijí sami a je těžké s nimi vyjít nebo spolužít. Možná bych očekávala trochu „drsnější“ pohled na nemoc, ale chápu, že většina literatury je určena jako příručka pro nemocné, a tak se nedá vše vidět černě.

Tato práce se věnuje sociální pomoci osobám s bipolární poruchou. Zjistila jsem, že o služby pro duševně nemocné v České republice není nouze a na mých odborných praxích, které jsem si záměrně vybírala s cílovou skupinou duševně nemocných, mne příjemně překvapilo, jak sociální pracovníci s citem a umem pracují s těmito klienty. Sociální pracovník jako člověk, se musí vcítit do duševně nemocného, a to není jednoduchá věc. Je důležité pochopit takového člověka a porozumět mu. Člověk nemocný bipolární poruchou to nemá jednoduché, už jenom v nestabilitě jeho emocí, které ho svou tíhou vysilují. Potřebuje někoho, o koho by se v těžkých chvílích mohl opřít, komu by mohl věřit a kdo mu rozumí. Petr ani František ve svém životě tolik opory nemají. Proto je důležité, aby v budoucnosti využili mnohem více sociální služby, které je nasměrují správným směrem a dají jim sociální podporu, kterou potřebují.

## Závěr

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaká existuje sociální pomoc osobám nemocným bipolární poruchou. Jaké existují sociální služby a jaké jsou možnosti pomoci těmto osobám. Záměrem mé práce bylo poukázat na nemoc bipolární porucha, jaké jsou její příčiny, projevy, dopad na okolí nemocného, jakým způsobem se nemoc léčí.

Práci jsem rozdělila do tří kapitol, a ke každé kapitole patří několik podkapitol. V kapitole s názvem Bipolární porucha jsem vysvětlila počátky a příčiny bipolární poruchy, za jakých okolností může dojít k propuknutí onemocnění, jaké existují spouštěče bipolární poruchy a jak se nemoc ze začátku u člověka projevuje. Dále jsem rozlišila typy bipolární poruchy (typu I., II. a III.), projevy onemocnění, kde jsem popsala epizodu mánie, jak se člověk v mánii cítí a jak zvrátit její relaps a epizodu deprese. V další podkapitole jsem poukázala na možné zaměnění v diagnostice bipolární poruchu za ADHD. Dalšími podkapitolami byl dopad onemocnění na okolí pacienta, jelikož nemoc společně s nemocným prožívá i jeho okolí. V této kapitole jsem popsala pocity, které rodina kolem nemocného cítí. V neposlední řadě jsem upozornila na možnou suicidalitu u bipolárních pacientů a v jakých případech být na pozoru. V poslední podkapitole zabývající se přímo nemocí jsem popsala, jaké jsou možnosti léčby této nemoci. Vedle farmakologické léčby je důležitá i léčba psychosociální.

Další kapitola mé práce se zabývá sociální pomocí pro osoby nemocné bipolární poruchou. Z literatury i odborné praxe jsem poukázala na různé možné způsoby jak nemocným pomoci. Existuje stacionární péče, kdy se kombinuje pobyt v zařízení i pobyt doma a nemocný, tak neztratí kontakt s rodinou. Dále možnosti chráněného bydlení, kdy si nemocný osvojuje každodenní činnosti, které musí doma plnit. Učí se samostatnosti a připravuje se na samotné bydlení. Další pomocí jsou chráněná zaměstnání, kdy nemocní v rámci pracovní rehabilitace pracují pár hodin denně a trénují si dochvilnost, pobyt mezi lidmi nebo samotnou činnost. Nemalou výhodou je získání finančního ohodnocení. Dále se při práci s nemocnými bipolární poruchou vyplácí case management, kdy sociální pracovník jako koordinátor zprostředkovává svému klientovi služby jemu určené a komunikuje s ambulantním lékařem, rodinou a dalšími sociálními pracovníky. V podkapitole o sociální práci s nemocným bipolární poruchou jsem zdůraznila ty sociální služby, které jsou pro nemocné vhodné.

V poslední kapitole mé práce jsem formou kazuistik klientů nemocných bipolární poruchou poukázala na nevelké poskytnutí sociální pomoci a ke každé kazuistice jsem vymezila můj návrh řešení z hlediska sociální práce.

Domnívám se, že cíl mé práce byl splněn, i když jsem zjistila, ne příliš pozitivní situaci ve využívání sociálních služeb nemocnými bipolární poruchou a je proto nutná větší osvěta. Například, každý lékař – psychiatr, by měl mít k dispozici seznam možností, které může sociální práce pacientům nabídnout a center, která tuto pomoc poskytují.

Onemocnění bipolární porucha je bohužel celoživotní trápení jedince, který stojí v rozkolu mezi epizodami mánie a deprese. Ke zvládnání jeho stavů pomáhá kvalitní farmakologie, psychoterapie a v záštitu je sociální pomoc, která v kazuistikách nebyla zcela poskytnuta, ale je zásadní v pomoci osobě s bipolární poruchou.



## Seznam použité literatury

DOUBEK, Pavel. *Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 9788073452650.

GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-668-1.

HERMAN, Erik. *Bipolární porucha a její léčba*. Praha: MAXDORF, 2004. ISBN 80-7345-051-8.

HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO a Jiří HOVORKA. *Diagnostika a léčba bipolární poruchy*. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-93-7.

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-404-5.

LÁSKOVÁ, Hana a Tomáš NOVÁK. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5851-0.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 9788024731254.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 9788024743059.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024721385.

NOVÁK, Tomáš, Dagmar BREZNOŠČÁKOVÁ a Pavla STOPKOVÁ. *Jak úspěšně plout mezi mánií a depresí: příručka pro pacienty s bipolární afektivní poruchou*. Praha: Maxdorf, c2008. ISBN 978-80-7345-152-3.

PACLT, Ivo. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1426-4.

PRAŠKO, Ján. *Co je to deprese a jak se léčí: příručka pro pacienty*. Praha: Triton, 1999. ISBN 8072540300.

PRAŠKO, Ján, Jana PRAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003. Rádci pro zdraví. ISBN 8071788090.

PRAŠKO, Ján. *Bipolární afektivní porucha: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-002-x.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026207313.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 9788073875824.

VAVRUŠOVÁ, Livia. *Bipolární porucha*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-161-1.

ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporny i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0204-4.

## **Elektronické zdroje**

ESET – HELP Komunitní péče o duševní zdraví. *ESET – HELP Komunitní péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/index.php#about>

Duševní nemoci - LideMeziLidmi.cz | Zdravotně sociální portál. *Lidé mezi lidmi - LideMeziLidmi.cz | Zdravotně sociální portál* [online]. Copyright © [cit. 2018-04-23] Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/servis/dusevni-nemoci>

O nás. [online]. [cit. 2018-04-23] Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/o-nas>

O nás – Ondřejov. *Ondřejov – Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov* [online]. Copyright © 2018 [cit. 2018-04-23] Dostupné z: <http://ondrejov.cz/o-nas/>

Základní prohlášení | BONA, o.p.s.. *Novinky | BONA, o.p.s.* [online]. [cit. 2018-04-23] Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

## **Přílohy**

### **Příloha č. 1:**

Fokus Praha, z.ú.  
Dolákova 24  
181 00 Praha 8  
tel.: 233 553 303  
e-mail: [fokus@fokus-praha.cz](mailto:fokus@fokus-praha.cz)

### **Příloha č. 2:**

ESET-HELP, z. s.  
Úvalská 3411/47  
100 00 Praha 10  
tel.: 774 186 262  
e-mail: [office@esethelp.cz](mailto:office@esethelp.cz)

### **Příloha č. 3:**

Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“ s. r. o.  
Klánova 300/62  
147 00 Praha 4  
tel.: 221 633 612  
e-mail: [recepce@ondrejov.cz](mailto:recepce@ondrejov.cz)

### **Příloha č. 4:**

BONA, o.p.s.  
Pod Čimickým hájem 177/1  
181 00 Praha 8  
tel.: 283 853 163  
e-mail: [info@bona-ops.cz](mailto:info@bona-ops.cz)

### **Příloha č. 5:**

Iskérka o.p.s.  
Chodská 534  
756 61 Rožnov pod Radhoštěm  
tel.: 774 274 800  
e-mail: [info@iskerka.cz](mailto:info@iskerka.cz)

### **Příloha č. 6:**

Spolek Kolumbus  
Keplerova 712/32  
400 07 Ústí nad Labem  
tel.: 774 279 364  
e-mail: [milan.jisa@os-kolumbus.org](mailto:milan.jisa@os-kolumbus.org)

**Příloha č. 7:**

ANIMA VIVA z.s.  
Liptovská 21  
747 06 Opava – Kylešovice  
tel.: 731 177 812  
e-mail: manazer.opava@animaviva.cz

**Příloha č. 8:**

BAOBAB z.s. KLADNO  
Cyrila Boudy 1444  
272 01, Kladno  
tel.: 312 315 491, 604 391 208  
e-mail: kladno@baobab-zs.cz